
**Benin Integrated
Family Health Program
(PROSAF)**

Annual Report
January 1 - December 31, 2000

Contract No. 680-C-00-99-00065-00

Submitted by
University Research Co, LLC

Promotion Intégrée de Santé Familiale dans le Borgou et Alibori

PROSAF

B.P. 441
Parakou, Benin

Tel (229) 61.29.90
Fax (229) 61.28.63



TABLE OF CONTENTS

ACRONYMS

TABLES AND FIGURES

1. EXECUTIVE SUMMARY

1.1. DESCRIPTION OF KEY MONITORING INDICATORS

1.1.1. Improved Health Planning and Coordination	i
1.1.2. Increased Access to Services	ii
1.1.3. Increased Capacity of Health Workers	ii
1.1.4. Increased Knowledge and Behaviors	iii
1.1.5. Increased Community Involvement	iii

1.2. SUMMARY OF KEY PROSAF RESULTS

1.2.1. Improved Health Planning and Coordination	iv
1.2.2. Increased Access to Services	iv
1.2.3. Increased Capacity of Health Workers	iv
1.2.4. Increased Knowledge and Behaviors	iv
1.2.5. Increased Community Involvement	v

2. INTRODUCTION 1

3. PERFORMANCE REVIEW AND ANALYSIS 5

3.1. RESULTS PACKAGE 1: IMPROVED HEALTH PLANNING AND COORDINATION 6

3.1.1. Capacity Building for Health Service Planning and Delivery	7
3.1.2. Improving Data Collection Procedures for Family Health Indicators	9
3.1.3. Decentralization	10
3.1.4. Leadership for Coordinated Management and Work Planning	11

3.2. RESULTS PACKAGE 2: INCREASED ACCESS TO FAMILY PLANNING, MATERNAL CHILD HEALTH AND STD/HIV SERVICES 15

3.2.1. Strengthening the National Logistics Management System and Improving Distribution	15
3.2.2. Availability of Integrated Family Health Services	17
3.2.3. Community-Based Distribution of Family Health Products	19

3.3 RESULTS PACKAGE 3: INCREASED CAPACITY OF HEALTH WORKERS TO PROVIDE QUALITY SERVICES 20

3.3.1. IMCI Strategy	20
3.3.2. Expanding the Role of Midwives, Including Emergency Post-Partum and Neonatal Care	21
3.3.3. Family Health Norms, Standards and Protocols	21
3.3.4. Training Plan and Departmental Training Team	21
3.3.5. Increasing Knowledge of Health Workers	23
3.3.6. Formative Supervision Plan	23
3.3.7. Reporting System to Monitor Training and Performance of Health Workers	24

3.4. RESULTS PACKAGE 4: INCREASED KNOWLEDGE AND BEHAVIORS SUPPORTING USE OF FP/MCH/STD/HIV SERVICES, PRODUCTS AND PREVENTION MEASURES 25

3.4.1. Formative and Qualitative Research to Identify Appropriate Strategies and Messages	25
3.4.2. Materials and Messages on Family Planning Themes Using Traditional Media/IEC	26
3.4.3. IEC and Counseling Training	27

3.4.4. Organize Local NGOS to Train in Health IEC	27
3.4.5. IEC Activities in Community-Based Development Programs	28
3.4.6. Capacity of Health Officials to Develop, Communicate and Measure Impact of Messages	28
3.5 RESULTS PACKAGE 5 INCREASED COMMUNITY INVOLVEMENT IN PLANNING AND DELIVERY OF COMMUNITY LEVEL HEALTH SERVICE AND PREVENTION MEASURES	29
3.5.1. Identification of Concentration Areas	29
3.5.2. Integration of PROSAF Results Packages with Selected Health Centers and Communities	29
3.5.3. Capacity Building of COGES and COGEC	30
3.5.4. Financing Sustainable Community Level Interventions	32
4. CHALLENGES AND OPPORTUNITIES	33
4.1. RELATIONSHIPS WITH HEALTH SYSTEM COUNTERPARTS	33
4.2. INTEGRATION OF SERVICES	35
4.3. PROSAF PROGRAM SIZE AND COMPLEXITY	35
4.4. COORDINATION WITH USAID-FUNDED AND OTHER HEALTH SECTOR PARTNERS	35
4.5. DECENTRALIZATION	36
4.6. GAINING AND KEEPING THE CONFIDENCE OF COMMUNITIES	38
4.7. FAMILY HEALTH PRODUCT SUPPLIES	38
4.8. COMMUNICATIONS	38
4.9. RECRUITMENT	39
5. PROGRAM MANAGEMENT	40
5.1. PROSAF STAFFING	40
5.2. FINANCIAL MANAGEMENT SYSTEM DEVELOPMENT	41
5.3. PROSAF FACILITIES AND EQUIPMENT	41
6. PROGRESS TABLES	42
6.1 AMÉLIORATION DE LA PLANIFICATION ET COORDINATION À TOUS LES NIVEAUX	42
6.2 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES ET PRODUITS DE SF/SMI/MST/VIH	48
6.3 AMÉLIORATION DES CAPACITÉS DES AGENTS DE SANTÉ À OFFRIR DES SOINS ET DES SERVICES DE QUALITÉ	50
6.4 AUGMENTATION DE LA DEMANDE ET DE L'UTILISATION DES SERVICES, DES PRODUITS ET DES MESURES PRÉVENTIVES	55
6.5 PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	58
7. 2001 WORK PLAN	61
8. ANNEXES	
ANNEX 1:	Primary Accomplishments According to USAID Intermediate Results
ANNEX 2:	DDSP Summary Planning Table
ANNEX 3:	Summary of Zone Planning Process
ANNEX 4:	First Semester Monitoring Summary
ANNEX 5:	Logistics Management System Implementation Plan
ANNEX 6:	Logistics Management System Pipeline
ANNEX 7:	Community-Based Services Model
ANNEX 8:	CBSA Curriculum Outline
ANNEX 9:	Supervision Checklist
ANNEX 10:	In-Service Training Database Outline
ANNEX 11:	National IEC Strategy Outline
ANNEX 12:	Summary of PMP Indicators and Results for 2000

ACRONYMS

ABPF	<i>Association Béninoise pour la Promotion de la Famille</i>
AIDS	<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
AIMI	<i>Africa Integrated Malaria Initiative</i>
ATR	Administrative and Territorial Reforms
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
BCC	<i>Behavior Change Communication</i>
BINGOS	<i>Benin Initiative for Non-Governmental Organization Strengthening</i>
CA	<i>Cooperating Agency</i>
CADZS	<i>Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires</i>
CAME	<i>Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels</i>
CBS	Community Based Services
CBSA	Community Based Services Agents
CDC	Center for Disease Control
CDEEP	<i>Comité Départementale d'Evaluation et Suivi des Projets</i>
CLUSA	Cooperative League of USA
COGEC	<i>Comité de Gestion de la Commune</i>
COGES	<i>Comité de Gestion de la Sous-Préfecture</i>
CODIR	<i>Comité de Direction</i>
CVS	<i>Comité Villageois de Santé</i>
DDSP	<i>Direction Départementale de la Santé Publique</i>
DHS	Demographic and Health Survey
FP	Family planning
FPLM	Family Planning Logistic Management Project
GESCOM	<i>Projet de Gestion Communautaire</i>
GTZ	German Development Agency
HEPS	Health Education in Primary Schools
HIV	Human Immuno-Deficiency Virus
HW	Health workers
HZMT	Health zone management team (EEZ in French)
IEC	Information, Education and Communication
IGA	Income Generating Activities
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness
JHPIEGO	Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health
KAP	Knowledge, Attitudes and Practices
MCH	Maternal and Child Health
MMC	Monthly Mean Consumption
MOH	Ministry of Health
MPA/N	Minimum Package of Activities for Nutrition
NGO	Non-Governmental Organization
ONG	<i>Organisations Non-Gouvernementales</i>
OSV Jordan	<i>Organisation Santé Vie Jordan</i>
PADS	<i>Programme d'Appui au Développement de la Santé</i>
PAMR	<i>Projet Pilote d'Appui au Développement Sanitaire</i>
PATH	Program for Appropriate Technology in Health
PBA / SSP	<i>Projet Benino-Allemand des Soins de Santé Primaires</i>
PBT	Preceding Birth Technique
PF	<i>Planification Familiale</i>
PHR	Partnerships for Health Reform
PROLIPO	<i>Programme de Lutte Intégrée contre le Paludisme dans l'Ouéma</i>
PROSAF	<i>Promotion Integrée de Santé Familiale dans le Borgou/Alibori</i>
PSI / ABMS	Population Service International / Association Béninoise pour le

	<i>Marketing Social</i>
PVO	Private Voluntary Organization
QA	Quality Assurance
ROBS/PAIR	<i>Réseau des ONG Beninois</i>
SEPD	<i>Service des Etudes, Planification et Documentation</i>
SO	Strategic Objective
SONU	<i>Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence</i>
SSF	<i>Service Santé Familiale</i>
STD	Sexually Transmitted Disease
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	United Nations Children Fund
URC	University Research Co., LLC
WHO	World Health Organization

TABLES AND FIGURES

Tables

Table 1	Health Zone Planning Score	i
Table 2	Performance Index for Health Zone Teams	ii
Table 3	Summary of PROSAF Results Packages and Outputs	3
Table 4	Summary of Activities in the Implementation of Quality Assurance	8
Table 5	Benin's Health Sector and Related Administrative Structures	10
Table 6	Formal Coordination Mechanisms for Health Activities with the DDSP	14
Table 7	Composite Indicator Checklist Range of Scores	16

Figures

Figure 1	PROSAF Program Relationships	11
Figure 2	Improving Health Worker Performance	24
Figure 3	PROSAF Organizational Chart	40

1. EXECUTIVE SUMMARY

The PROSAF program has developed, in close collaboration with the Regional Health Directorate of Borgou and Alibori, specific actions focused on improving the health of women and children. Project activities revolved around strengthening the management capacity of the regional health directorate and its zone teams; improving the technical capacity of health providers in integrated family health services; strengthening the capability and involvement of communities and families to actively participate in their own health; and improving support services across the health care system. This end-of-year report highlights the results of those activities undertaken or supported by PROSAF during the year 2000. A summary of PROSAF's performance monitoring plan indicators and results for 2000 can be found in **Annex 12**.

1.1. Description of Key Monitoring Indicators

1.1.1. Improved Health Planning and Coordination

Table 1 shows the 2000 planning scores for each of the health zones in the department. Two of the seven zones, Kandi-Gogonou-Segbana and Parakou-N'dali are not yet fully operational, which brings down the overall score for the department. The baseline planning capacity score for the health zones (measured during the 1999 Management Assessment) was 40% overall.

Table 1: Health Zone Planning Score

Criteria	Banikoara	Kandi-Gogounou-Segbana	Karinama-Malanville	Nikki-Kalalé-Pèrè	Parakou-N'dali	Sinendé-Bembéréké	Tchaourou	Total 2000
1. Plan developed	1	1	1	0	0	0	1	4*
2. Plan approved	1	0	1	0	0	1	0	3
3. Plan included in triennial plan	1	1	1	1	0	1	1	6
4. Financial plan negotiated	1	1	1	0	0	1	0	4
5. Monitoring of the plan	1	0	1	0	0	1	0	2
Total Score	5/5	3/5	5/5	1/5	0/5	3/5	2/5	19/35
Percentage	100%	60%	100%	20%	0%	60%	40%	54%

*Three zones developed their plans with assistance from PBA

Table 2 shows the 2000 performance scores for the health zone teams. The baseline score (measured during the 1999 Management Assessment) was 0% overall. As noted above, two of the zones are not yet fully operational. In addition, two of the elements of the performance index (health maps and formative supervision visits) have not yet been implemented in the zones.

Table 2: Performance Index for Health Zone Teams

Criteria	Banikoara	Kandi-Gogounou-Segbana	Karimama-Malanville	Nikki-Kalalé-Pèrè	Parakou-N'dali	Sinendé-Bembèrèkè	Tchaourou	Total 2000
1. Plan developed, approved, and financed	1	1	1	1	0	1	1	6
2. 75% of planned activities for preceding quarter achieved	1	0	0	0	0	0	0	1
3. 75% of budget of preceding quarter used	0	1	0	0	0	0	0	1
4. Ratio non-planned/planned activities < 1/3	1	1	1	1	0	0	0	4
5. Health map available and updated	0	0	0	0	0	0	0	0
6. At least one formative supervision visit in preceding quarter	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Score	3/6	3/6	2/6	2/6	0/6	1/6	1/6	12/42
Percentage	50%	50%	33%	33%	0%	16.7%	16.7%	28.6%

1.1.2. Increased Access to Services

The percent of fully vaccinated children in 2000 was 37. This was actually lower than the 40.6 % reported in the DHS results in 1996. Much remains to be done in this area. The low rate of vaccination is linked to the poor functioning of the logistics system, a priority for PROSAF. Across Borgou and Alibori, the logistics management score was 33. This score reflects the ability of the health system to effectively manage and track the flow of family health products. While the score remains low, the improvements made in the system have improved the potential for sustained performance without outside help. This “sustainability” index for the whole of Borgou/Alibori was 58%. It is important to note that this index was considerably better for the *Sous-Préfectures* than for the Departmental level, confirming PROSAF’s continued concern with the weak management at the departmental level.

In the past year much energy was put into the revision and redesign of the logistics system, including the construction of a regional warehouse. Final training of health staff in the new procedures and the finalization of the warehouse should lead to rapid improvement of the low stock-out index of 13.8, reported for the last trimester of 2000.

The prevalence of integrated family health service more than doubled in the last year, from almost 12% to 24%. Data are calculated for all 94 public health centers and two private centers (ABPF and OSV Jordan).

1.1.3. Increased Capacity of Health Workers

Across the Borgou/Alibori departments there was a slight improvement in the supervision index, from 6.7 % to 9%. This increase was much more marked for the concentration zones, where the index for

2000 was 18%. It is thus apparent that the more intensive support to the zones is beginning to show positive results and change in the supervision and support of the health workers.

1.1.4. Increased Knowledge and Behaviors

The increase in Couple Years of Protection is primarily due to better data collection. Total CYP reported for 2000 is 15,089, up from 6,257 in 1999. The same facilities that provided services in 1999 did so in 2000, but certain facilities had not been included in the 1999 calculations for various reasons. The 2000 figure includes data from all health centers that provide services, the zone hospitals, the departmental hospital, and data from PSI. Norplant and sterilization are also included in methods counted for 2000. These methods were offered in 1999 but good data were not available to be included in the calculations. If the same data sources and contraceptive methods as were used in 1999 are used to calculate the 2000 CYP, the result is 7,213.

The proportion of children up to four months of age being exclusively breastfed was very good, at 52%. This recent number will necessitate a review of targets for the coming years that had been set earlier.

Knowledge of family planning methods remains very low, with only 6% of the population able to name three or more modern methods. Contraceptive prevalence for modern methods was measured at 8.7% for 2000.

1.1.5. Increased Community Involvement

Among the 19 COGEC in the concentration zones, there has been a marked improvement in capacity for health planning and management. The performance is based upon six criteria. The baseline score from the 1999 Management Assessment was 29, while in 2000 the score increased to 70.

1.2. Summary of Key PROSAF Results

1.2.1. Improved Health Planning and Coordination

- ◆ Evaluated 1997-1999 DDSP three-year plan as a basis for departmental planning
- ◆ Developed vision and mission statement of the new DDSP three-year Strategic Plan (2000-2002)
- ◆ Developed three-year Strategic plans for four health zones based on community inputs and strategic directions identified in the Management Assessment
- ◆ Introduced quality assurance at all levels of health system
- ◆ Developed and implemented Quarterly Data Monitoring Guide
- ◆ Disseminated information on decentralization throughout the departments
- ◆ Established planning and coordination mechanisms with the DDSP, partners and the HZMT

1.2.2. Increased Access to Services

- ◆ Revised the system of logistics management for family health products, including a departmental warehouse
- ◆ Trained more than forty health workers to use the new logistics management tools
- ◆ Trained health workers and community members in the use of FPLM composite indicator scoring tool for effective management of family health products
- ◆ Developed consensus on the definition of integrated family health services
- ◆ Developed CBSA training curriculum, and trained 20 CBSA Trainers and 115 CBSA

1.2.3. Increased Capacity of Health Workers

- ◆ Introduced IMCI as an integrated approach to maternal and child care in the community, and integrated IMCI community norms into the CBSA curriculum
- ◆ Evaluated the content, dissemination and use of MOH policies, norms and standards
- ◆ Obtained consensus on in-service training and the introduction of formative supervision for family health
- ◆ Developed the training module for formative supervision
- ◆ Established a performance monitoring system to strengthen and reinforce skills acquired through training
- ◆ Organized training sessions based on specific needs identified by health care providers
- ◆ Established the departmental training team and trained them in adult learning methods

1.2.4. Increased Knowledge and Behaviors

- ◆ Carried out survey on family health knowledge, attitudes and practices
- ◆ Trained traditional and popular media to develop and organize the diffusion of messages on family planning and child health
- ◆ Developed curriculum on interpersonal communication and held initial training for 18 health workers
- ◆ Established Departmental IEC/BCC Committee and trained members in communication techniques and strategies

- ♦ Supported DDSP in organization of World Health Day, World Population Day, National Vaccination Days, and World AIDS Day activities in the Borgou/Alibori

1.2.5. Increased Community Involvement

- ♦ Assessed community participation in health service management through COGEC/COGES self-assessment, and taught skills in planning and management
- ♦ Assured significant participation of women (13%) in self-assessment workshops
- ♦ Conducted a study of income generating activities in Benin and recommended a model to be used in the Borgou/Alibori
- ♦ Assured integration of community priorities into zone level strategic plans
- ♦ Created demand by health workers to learn local languages

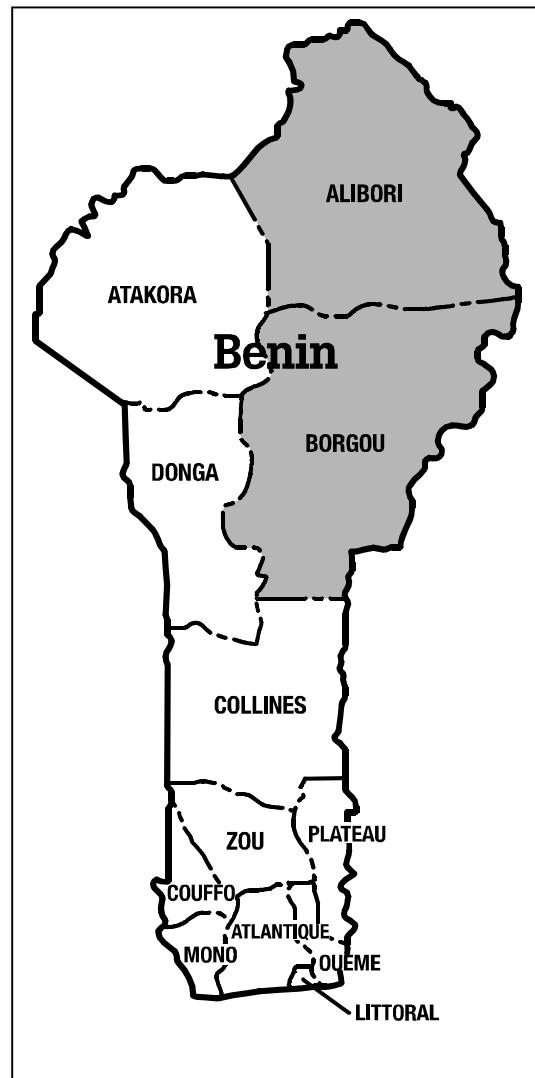
2. INTRODUCTION

USAID/Benin has defined one Health Strategic Objective (SO) to support health and family planning activities in Benin. The Health SO is “the Increased Use of Family Health Services and Prevention Measures Within a Supportive Policy Environment.” The Benin Integrated Family Health Program, (PROSAF - Promotion Intégrée de Santé Familiale dans le Borgou et l’Alibori) actively supports USAID/Benin’s Health SO through implementation of a decentralized and integrated program of family health services in two of the twelve health departments in Benin.

The PROSAF program's two departments (Borgou and Alibori) are in northern Benin and cover almost half of Benin's land mass and approximately 20% of the country's population (see map at right). The Borgou and Alibori departments were chosen for the PROSAF program based on the severity of their health problems, the presence of an emerging private health sector, and the potential to integrate the program's health activities with USAID's other supported activities in education, democracy, and governance in these departments.

To support USAID/Benin's Health Strategic Objective, PROSAF works within and supports the Ministry of Health's sector strategy. PROSAF's emphasis on family health, improved prevention and management of priority diseases, improved health services management through capacity building, and health zone development aligns closely with the Ministry of Health's (MOH) strategy. PROSAF also supports the MOH through development of innovative community-based initiatives and partnerships with for-profit and not-for-profit private sector organizations.

PROSAF is implemented by a consortium of four organizations. As the prime contractor, University Research Co., LLC (URC) provides overall technical and administrative direction for PROSAF and provides technical assistance to improve health planning and coordination, increase access to integrated family health services and products, and increase the capacity of health workers to provide quality services. The Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF) works to increase access to family health services and products in the program area, building on their experience in family planning and STD/HIV services throughout Benin. The Cooperative League of the United States of America (CLUSA) provides expertise in innovative training and empowerment of community level organizations to participate in managing local health services. The Program for Appropriate Technology in Health (PATH) provides technical assistance in behavior change communication to support PROSAF's goals.



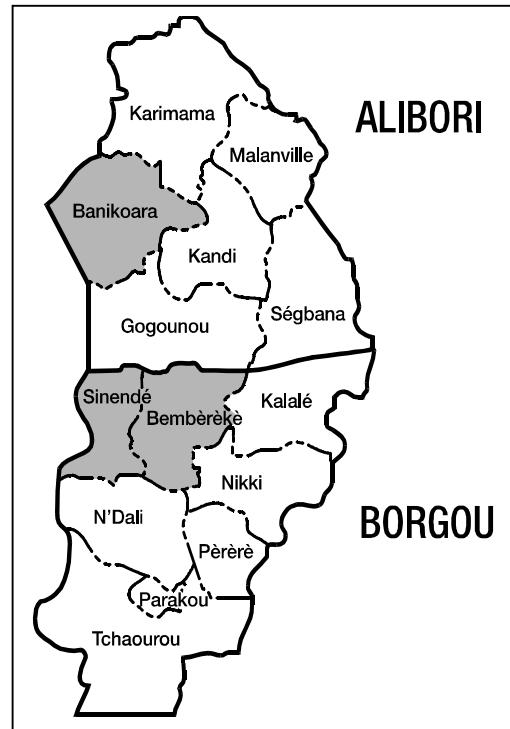
PROSAF's five Results Packages serve as the framework within which program activities are implemented, monitored and reported. These five Results Packages are:

1. Improved health planning and coordination
2. Increased access to family planning/maternal and child health/sexually transmitted disease/human immuno-deficiency virus (FP/MCH/STD/HIV) services
3. Increased capacity of health care workers to provide quality services
4. Increased knowledge and behaviors supporting the use of FP/MCH/STD/HIV services, products, and prevention measures
5. Increased public involvement in the planning and delivery of community-level health services and prevention measures in selected target areas

PROSAF's work in Results Package 5 is carried out in two of the seven health zones¹ in the Borgou/Alibori departments (see map at right). These two zones – Banikoara and Sinendé/Bembèrèkè – are referred to as PROSAF's “concentration zones” throughout this report. Eight field agents (Community Facilitators) live in these two zones, and work intensively with health facility staff, Commune and Sub-Prefecture Management Committees (COGEC/COGES), Community-Based Service Agents (CBSA), and community members.

The outputs to be achieved under each of these Results Packages are summarized in Table 3 on the next page. PROSAF works in collaboration with other USAID central- and mission-funded Cooperating Agencies that contribute other health activities to support USAID/Benin's Health Strategic Objective and Intermediate Results.

The PROSAF 2000 Annual Report documents and summarizes program progress and major technical activities during the year, according to PROSAF's five Results Packages and their associated outputs. The major accomplishments of each Results Package are presented in a table in **Annex 1** to show how they contribute specifically to USAID/Benin's Intermediate Results. Quotes from PROSAF's partners at all levels are interspersed throughout the report, highlighting the impact of some of the activities implemented during the year. Challenges and opportunities that have been encountered are also presented at the end of the report.



¹ Health zones are made up of one or more sub-prefectures, the next administrative division below a department.

Table 3 : Summary of PROSAF Results Packages and Outputs

RP 1: Improved health planning and coordination	RP 2: Increased access to FP/MCH/STD/HIV services	RP 3: Increased capacity of health workers to provide quality services	RP 4: Increased knowledge and behaviors supporting use of FP/MCH/STD/ HIV services, products & prevention measures	RP 5:Increased community involvement in planning and delivery of community-level health service and prevention measures in selected target area
OP 1.1: Develop and implement plan to increase capacity of Dept. and SP officials to plan and deliver health services	OP 2.1: Assist MOH to develop national logistics management system (with FPLM)	OP 3.1: Assist MOH to adapt and pilot test IMCI strategy in collaboration with BASICS	OP 4.1: Conduct formative and qualitative research to identify appropriate strategies and messages	OP 5.1: Work with BINGOs and others to develop selection criteria, and based on criteria, Identify 2-3 Sub-prefectures for BINGOs related NGO training
OP 1.2: Develop annual strategic and operational action plans, in collaboration with public, private and donor partners	OP 2.2: Improve supply and commodity distribution to and throughout Borgou, emphasizing family health commodities	OP 3.2: Assist MOH to expand role of midwives, including provision of emergency post-partum and neonatal care (PRIME)	OP 4.2: Develop and test specific materials and messages on FP themes using traditional media/ IEC	OP 5.2: Provide follow-up of other related results packages with selected health centers and communities (training/ IEC activities in family health, prevention)
OP 1.3: Improve data collection procedures for family health indicators	OP 2.3: Expand availability of integrated basic package of family health services	OP 3.3: Disseminate norms, standards and protocols of family health to health agents	OP 4.3: Include IEC and counseling in all in-service and pre-service training courses	OP 5.3: Identify training needs of COGES and COGEC and strengthen capacities to manage resources and be more involved in health prevention and outreach activities
OP 1.4: Review decentralization plans, make recommendations, and apply accepted policies and procedures	OP 2.4: Work with PSI and others to develop and implement strategy to increase community-level distribution of family health products	OP 3.4: Assess training needs of all types of health workers and develop training plan to meet needs	OP 4.4: In collaboration with BINGOs, HEPS and others, organize local NGOs to train social workers, ag extension agents in health IEC	OP 5.4: Recommend and finance sustainable community level interventions using innovative approaches to increase community participation
OP 1.5: Provide leadership for coordinated management of USAID funded activities		OP 3.5: Develop regional training team with skills to provide in-service training	OP 4.5: Include IEC activities in operational community-based development programs	
OP 1.6: Participate in development of work plans for field support projects to assure complementarity and coordination		OP 3.6: Develop creative ways to increase knowledge of health workers, including easy access and exchange of health info and techniques	OP 4.6: Develop and carry out a plan to increase capacity of health officials to develop, communicate and measure impact of IEC messages	
		OP 3.7: Assist DDS to develop formative supervision plan OP 3.8: Develop reporting system to monitor training and performance of health workers		

3. PERFORMANCE REVIEW AND ANALYSIS

This year PROSAF solidified relations and trust with the central, departmental, and zonal levels of the Ministry of Health (MOH), as well as with health providers, community health agents and communities. PROSAF also worked closely with other USAID cooperating agencies and other donor supported agencies, accelerating changes and developing systems for sustainable improvement of health services. PROSAF hosted a visit from the Minister of Health and the Director of USAID that increased the awareness of both agencies of PROSAF's technical approach and the importance of the development and improvement of health systems being implemented through the project.

As described above, PROSAF aims to support the goals of both USAID and the MOH: to increase use of health services and increase the communities' participation in improving their own health. To this end, PROSAF works at five levels: the family and community, community organizations, health providers/centers, Health Zone Management Teams (HZMT), and the Departmental Directorate of Public Health (DDSP).

Each level receives appropriate assistance. At the level of the family, the focus is on Behavior Change Communication (BCC) interventions and community-based services. With community organizations, emphasis is on mobilization and Information, Education and Communication (IEC) activities. Health worker/center support focuses on training, supply and supervision. At the level of the Health Zone Management Teams and the Department, work is mostly directed towards improved planning and monitoring.

PROSAF and the MOH carried out a joint exercise in October 2000 to develop a shared vision of what integrated family health services will mean at each level. Results are as follows:

Integrated family health services for **Families/Communities** will mean:

- ♦ *Access to services*: good reception, information, and appropriate, integrated, quality services both in the community and the health center
- ♦ *Responsibilities*: share information, active care-seeking, define desirable services
- ♦ *Financial Resources*: able to meet health needs at a reasonable cost

Integrated family health services for **Community Organizations (COGEC, CVS, Women's Groups, etc)** will mean:

- ♦ *Access to services*: help define policies, participate in the organization of services
- ♦ *Responsibilities*: help inform and mobilize population, link with health services
- ♦ *Motivation*: support to health workers, devise motivation for all health actors
- ♦ *Management*: help with budgeting, planning, pricing, and oversight of services

Integrated family health services for **Health Centers/Health Workers** will mean:

- ♦ *Service provision*: daily offer of quality integrated services, supervise CBSA
- ♦ *Skills*: cross-training, good supervision, maximize use of resources
- ♦ *Collaboration*: teamwork, coordination with other actors and community groups
- ♦ *Motivation*: on-time salary, good working environment favoring initiative

Integrated family health services for **Health Zone Management Team** will mean:

- ♦ *Planning*: clear mission and policies, plan and monitor integration of all services
- ♦ *Skills*: in training, supervision, monitoring, evaluation, quality assurance
- ♦ *Management of resources*: have control over enough fairly allocated resources
- ♦ *Collaboration*: team work, coordination with local authorities, partners
- ♦ *Motivation*: establish and implement mechanisms for health worker motivation

- ◆ *Information Management:* circulate news, share lessons learned, documentation
- ◆ *Other Responsibilities:* ensure sustainability of quality integrated services, improved referrals, encourage income generating activities and community mobilization/responsibility

Integrated family health services for **Departmental Direction of Public Health** will mean:

- ◆ *Planning:* clear mission, application of health reforms, develop departmental plan
- ◆ *Competencies:* training, supervision of HZMT, evaluation, coaching, advocacy
- ◆ *Management of resources:* ensure adequate resources for training, supervision, and supplies, fair and rational personnel postings, monitoring and audits
- ◆ *Collaboration:* partners and authorities help coordinate/implement activities
- ◆ *Motivation:* create and implement mechanisms of health personnel motivation
- ◆ *Information Management:* circulate information, exchange lessons learned
- ◆ *Other Responsibilities:* develop sustainable integration, encourage private sector initiatives, community responsibility

This commonly shared and well-articulate vision will contribute to better focus the many activities carried out by PROSAF under its five Results Packages, as described in the following sections.

3.1. Results Package 1: Improved Health Planning and Coordination

PROSAF, through its first Results Package: *Improved Health Planning and Coordination*, provides support to USAID's Intermediate Result 1, *Improved Policy Environment*. Through this Results Package, PROSAF works to improve public and private sector health planning and coordination at all levels of the two program departments, to reinforce the management capacity of health personnel and their use of data, and to coordinate with other USAID-funded projects.

PROSAF has been active in providing technical assistance to strengthen departmental, zonal and community level decentralized planning. One essential component has been the introduction of quality assurance (QA) and team-based management. Quality assurance has been part of all of PROSAF's work as evidenced by the participatory nature of the processes used to build consensus for the reinforcement of management and support systems and the attention given to improving data collection and analysis. While quality assurance principals have been introduced to all zones and the department, PROSAF has concentrated its efforts to strengthen the use of QA in its concentration zones.

Primary Accomplishments

- ◆ Evaluated 1997-1999 DDSP three-year plan as a basis for departmental planning
- ◆ Developed vision and mission statement of the new DDSP three-year Strategic Plan (2000-2002)
- ◆ Developed three-year strategic plans for four health zones based on community inputs and strategic directions identified in the Management Assessment
- ◆ Introduced quality assurance at all levels of health system
- ◆ Developed and implemented Quarterly Data Monitoring Guide
- ◆ Disseminated information on decentralization throughout the departments
- ◆ Established planning and coordination mechanisms with the DDSP, partners and the HZMT

3.1.1. Capacity Building for Health Service Planning and Delivery

PROSAF worked to strengthen the departmental level structure and staff capacity to carry out improved planning and coordination within a decentralized health system. PROSAF provided technical assistance to the MOH, departmental leaders, and public and private partners in a structured planning process. Working under the leadership of the *Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires* (CADZS), PROSAF assisted the MOH in standardizing the curricula to increase the management capacity of Health Zone Management Teams (HZMT) for strategic planning and other vital tasks in the management of the decentralized zone system. The capacity building plan includes quality assurance awareness, and techniques to analyze and solve problems in teams, and will be completed early in 2001.

At the end of 2000, PROSAF had trained and developed the capacity of the DDSP in a series of workshops and follow up technical assistance. PROSAF assisted the DDSP team in the development of a strategic plan for their internal functioning (unlike other planning exercises that resulted in plans for the whole department). This contributed to decentralization efforts, as the zones were then allowed to develop their own plans according to their priorities and needs. PROSAF's cooperative and collaborative approach to working closely with the DDSP and all major stakeholders resulted in a shared consensus to increase support for the key family health activities and zone development. See **Annex 2** for the outline of the logical framework of the DDSP strategic plan.

During the process of PROSAF's close collaboration with the DDSP and other stakeholders (such as PADS, UNICEF, and CADZS) to develop the zone strategic health plans, it was decided that these three-year plans would be developed following the model of the new central level MOH Plan. This would allow more relevant short-term guides for health activities, rather than the longer and more complex five- to ten-year plans previously used. This change allowed the health program to move forward more rapidly with activities, while PROSAF, the MOH and others provide assistance to the health zones to refine their strategic health plans and integrate them into the broader, longer-term multi-sectoral zone development plans.

PROSAF also presented a series of workshops in quality assurance and planning methodology at the zone level. These workshops and follow-on technical assistance developed the capacity of the Health Zone Management Teams. The activities resulted in the development of three-year zonal strategic health plans in four of the seven health zones in the program area (the remaining three zones had prepared their three-year plans with the assistance of the German health project, PBA/SSP).

The novelty of the quality assurance approach captured the attention of the MOH this year, and PROSAF co-sponsored two orientation workshops for central and department level leaders (with the World Bank's Population Services Project). Table 4 below presents a summary of the steps taken this year to continue building the quality culture that will strengthen the capacity of health workers and community members to better deliver and use health services.

In the second quarter two QA orientation workshops were held in the PROSAF concentration zones for HZMT members and head nurses of peripheral health centers. These workshops resulted in work plans to incorporate QA into health care services. Other health staff in the zones were trained over the next six months. This QA orientation led the Banikoara HZMT to reexamine their client reception practices. One step they took to improve client relations was to train health staff in interpersonal communications. Other issues, such as illegal sales of medication to clients, have also come to light and are being addressed as a result of the QA orientation in communities.

Table 4: Summary of Activities in the Implementation of Quality Assurance

Activity	Content
1. Management Assessment	Emphasized importance of norms, systems, data use, and the dimensions of quality. Participatory assessment.
2. Orientation for all PROSAF staff, DDSP and partners	General quality concepts, principals and emphasis on client focus
3. Orientation of the HZMTs and head nurses to QA in the concentration zones of Banikaora and Sinendé/Bembèrèké	General QA concepts and principals, ² development of a vision and mission with a QA work plan for the zones
4. Information about QA given to all health personnel in the concentration zones	General QA concepts and the relationship to monitoring and supervision
5. Introduction to team work for the Department IEC/BCC Committee	Definition of team work and its advantages, tools for team meetings
6. Training of a 10-member group made up of HZMT coordinators, DDSP staff, central level Quality Assurance Coordinator, ABPF/ Borgou head and PROSAF staff in Niger.	General QA concepts and problem solving techniques and tools
7. Coaching visits to selected health centers to operationalize integration	Simple analysis of services issues, particularly low utilization of services and definition of the solutions to put in place
8. Inclusion of quality design and problem solving in the 2001 commune level and zone work plans	Based on priority problems, time for problem solving team work included as routine
9. Training of Community Facilitators, Zone Animators and head nurses for the zones	General QA concepts and problem solving techniques and tools
10. Two QA orientation workshops for the national and departmental levels	General QA concepts and models for national program options, followed by recommendations to MOH

Ten participants from the DDSP, ABPF, PROSAF, and the MOH participated in a two-week course on QA and team problem solving skills in Niger. As a result of this training, the DDSP now has a group of trainers in QA available for the department

The quality of the departmental and zonal strategic plans, and the capacity of the DDSP and HZMT to plan and deliver health services has improved during 2000 with technical assistance from PROSAF and others. For example, for the three new zones that were officially delineated at the end of 1999, three-year strategic plans were developed.³ Their planning process combined elements of quality assurance, strategic planning, and the logical framework process used as part of the GTZ projects. An example of the zone planning framework is presented for one of the zones, Tchaourou, in **Annex 3**. Another improvement in the quality of the strategic health plans was the use in one health zone of a participatory process to create health maps of project locations for expanded health services. PROSAF and the United Nations Children's Fund (UNICEF) developed and co-financed this health mapping workshop.

Through workshops, training, supervision and ongoing contact and support, the HZMT have begun to change their roles and to function as teams that support the transition to a decentralized health system. Progress is being made, although a remaining constraint to this team development is MOH delay in naming the zone coordinators. Fortunately, however, with PROSAF support to the HZMT, health zone teams have assumed leadership responsibility. This is a very positive development. However, the longer the MOH delays in naming team coordinators, the deeper the frustration of the current team members will be, particularly if others are then named as team leaders. PROSAF plans to discuss this need with USAID to encourage policy discussion at the MOH level to address this issue.

² These include the concept of quality, principals of quality assurance, the use of data and monitoring

³ The new zones are Sinendé/Bembèrèké, Tchaourou, and Parakou/N'dali

Strategic plans in PROSAF's two concentration zones were also strengthened by work focused on the communities. Through a series of workshops and meetings, the communities were assisted in identifying their needs and potential contributions to the zonal strategic plans. This resulted in plans that were more realistic and responsive to the needs of the communities, as the issues identified by them were included in the zone plans. The workshops also led to commune level action plans for 2001.

3.1.2. Improving Data Collection Procedures for Family Health Indicators

Routine Data Collection To improve data collection procedures for family health indicators, a new Data Monitoring Guide was developed that uses both health service statistics and health service performance data at various levels. This guide was developed by the MOH and DDSP with PROSAF support. The monitoring guide and data collection procedures were reviewed and improved over several months, which allowed the DDSP to incorporate its recommendations. The process also allowed HZMT, health agents and community members to begin to improve the management of their health activities. In their planning process, they used data from the Management Assessment and routine service statistics to identify problems and potential solutions, thereby linking programmed activities, expected results, and resources.

To further reinforce the use of data for decision making, PROSAF worked within the two concentration zones to test the monitoring guide. Data were collected, analyzed and shared by the HZMT. Indicators have been developed to measure the performance of health workers, HZMT, and commune management committees (COGEC) and the coverage of family health products. (see **Annex 4**) The simplicity of the guide's presentation, its efficiency and the ease of analysis confirmed its potential as a tool to continuously measure performance. These criteria, plus its use of specific family health indicators, confirmed its importance to the Health Zone Management Teams.

The positive experience using this data collection tool and analysis approach, compared to the perfunctory analysis done in the traditional data monitoring sessions of the past, has led the HZMT to question their current procedures for data use. The new data collection and analysis procedures developed in the Data Monitoring Guide resulted in requests for further PROSAF technical assistance to improve data collection, analysis, documentation and reporting of family health indicators. A is now further developing the data collection and analysis tools and system, and will propose changes/improvements to the DDSP. This committee includes all levels and health sector partners. PROSAF anticipates that, with assistance, this committee's work will lead to a proposed uniform system/framework for data collection and analysis to monitor key health indicators. This will unify the data collection within the zones by the HZMT and all partners, a major cornerstone for sustained health system improvement.

KAP and Mini-KAP In addition to improved routine data collection procedures, PROSAF developed a periodic data collection tool and worked with health providers who will implement it in the future. The mini-KAP, a focused survey of knowledge, attitudes and practices, complements service statistics by monitoring knowledge and behavior changes in the community and will be carried out in the concentration zones in June 2001 and July 2003. It will provide indications of program progress for those years during which a full KAP survey will not be carried out. The mini-KAP also complements another data collection instrument, the Preceding Birth Technique (PBT)⁴. The PBT enables health

⁴ It is a two part question which is inserted in the new maternal card of SNIGS. Each woman who comes for a delivery is asked: (1) Before this delivery, have you ever delivered a live baby? (2) If so, is your last baby born alive still alive?

center personnel to follow the evolution of the Infant Mortality Rate. PROSAF was part of a team that advocated for the MOH to adopt PBT – a tool developed by the CDC - on the basis that it will help to show interim results from work in Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) and *Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence* (SONU) until the next Demographic and Health Survey (DHS) is able to measure infant mortality again.

Improving Data Monitoring Capacity of DDSP PROSAF's conducted a needs assessment of the DDSP department responsible for studies, planning and documentation (*Service des Etudes, Planification et Documentation* (SEPD)). This service is in charge of all the data collection and analysis in the department, and is a key service of the DDSP dealing with all information management. Several serious problems were identified. The most obvious one is the insufficient number of staff. Other DDSP in the country have at least four people in this service, while in the Borgou/Alibori departments there is the equivalent of 1.5 full time staff. Other issues are related to organization of time and physical space, and equipment needs. Based on this assessment, a strategy for future technical assistance and for staffing changes/increases at the SEPD will be discussed with USAID and the DDSP. Plans are being implemented to help with some of the problems, including training in data analysis for decision making and computer skills.

PROSAF purchased twenty computers and printers as well as computer accessories for the HZMTs and the DDSP. The new computers will help the DDSP and the health zones to better manage their activities in general, and specifically, will strengthen their use of data for decision making. PROSAF also purchased a photocopy machine for the Banikoara health zone office in order to reinforce the management capability of the HZMT.

3.1.3. Decentralization

In the process of decentralizing health services, new MOH structures must interact with new/existing administrative structures of the government. Table 5 illustrates the correlation between these two sets of structures.

Table 5: Benin's Health Sector and Related Administrative Structure

Ministry of Health Structure	Administrative Structure
Central (National)	Country
Department	Department
Zones	Sub-Prefecture
Health centers	Communes
Community health workers	Communities

PROSAF conducted an informal review of MOH decentralization plans and defined two main areas of support to the MOH/DDSP. These are the development/strengthening of health zones and re-energizing COGECs. Additionally, PROSAF provided assistance to the Borgou Prefect (head of the department) to better integrate health sector decentralization within the broader administrative reform and decentralization process. A workshop was held to disseminate legal texts on the Territorial Administration Reform within which the decentralization of the health sector will operate. Through this workshop, PROSAF helped health officials recognize the need for information about the interpretation of policies and laws related to decentralization and their repercussions for health services delivery. PROSAF plans to support further dissemination of the Territorial Administration Reform texts in the coming year, with technical assistance to understand its implication for the health

sector. PROSAF and the health officials realize that this effort is needed to generate a sufficient number of well-informed health personnel working under the new decentralized system.

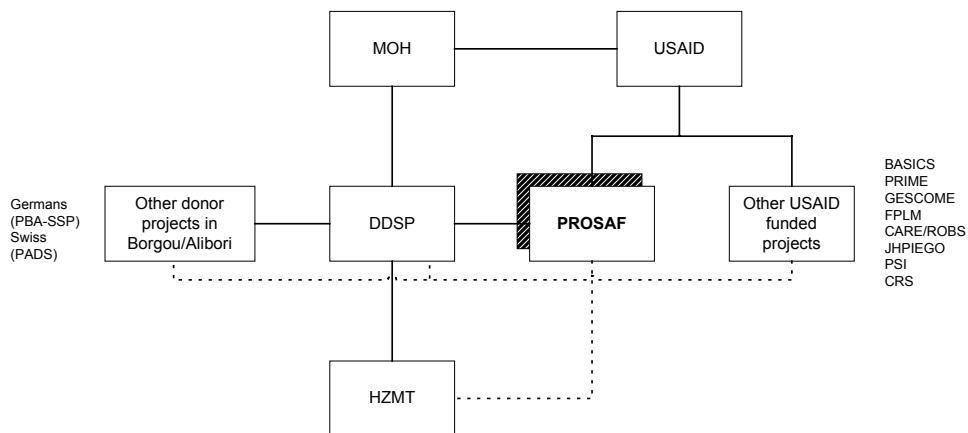
PROSAF assisted the COGECs and HZMT to apply the accepted interpretation of the decentralization policies through planning and self-assessment of roles and responsibilities (this is further described under Results Package 5). Parallel to the development of the zonal strategic health plans, PROSAF's Community Facilitators and certain HZMT members carried out commune level planning sessions in the two concentration zones, leading to commune level action plans for 2001. These plans contributed further to the decentralization efforts to provide health and family planning services at the community level.

Another contribution that PROSAF made to the implementation of the MOH's decentralization strategy was to assist the national service responsible for health zone development (CADZS) in training curriculum development, supporting the development of the referral and counter-referral system for zones, and reinforcing data and performance monitoring practices.

3.1.4. Leadership for Coordinated Management and Work Planning

PROSAF has continued its efforts to improve coordination of activities with USAID and the other partners at both local and national levels. Figure 1 below illustrates the programmatic relationships that PROSAF maintains with all of its partners. During this year, formal coordination activities were incorporated into the semiannual meetings of the USAID Family Health Team. This has helped to make more obvious the connections between the different programs and where they can work together (such as IMCI, SONU, community interventions, and partnership development with the private/non-governmental organization (NGO) sector). PROSAF continues to promote coordination and collaboration between USAID funded partners at all levels, formally and informally during other occasions, such as technical workshops.

Figure 1: PROSAF Program Relationships



This collaborative process has also been a model for the national level program. For example, the development of the CBSA curriculum was a collaborative process with USAID partners and the MOH, and focused on the key family level behaviors. This curriculum has been adopted by the MOH and is serving as the model for the national community health worker training program. Likewise, PROSAF contributed to the development of the national behavior chance communication strategy,

which emphasizes the community level and resulted in an increased interest in behavior change strategies.

As a visible sign of its coordination role for USAID health projects, PROSAF organized the presentation of the various key health projects and programs supported by USAID during the Minister of Health's visit to the Borgou in July. To document the programs and progress made, PROSAF compiled and distributed a summary document which promoted a greater understanding of USAID's health Strategic Objective and approaches.

Collaboration with FPLM PROSAF facilitated the active participation of the Family Planning Logistics Management project (FPLM) with the Borgou/Alibori DDSP team. Topics of collaboration included reaching consensus on a new pipeline for ordering contraceptives, a new integrated family health product management system and tools, and the need for a decentralized family health products stock at the department level. PROSAF met with representatives of FPLM and the MOH again in August to follow up on the process of reinforcing the logistics and supply system. FPLM and PROSAF made several recommendations that will improve the quality of data on monthly mean consumption and available stock. FPLM also contributed to the terms of reference for the PROSAF-funded feasibility study for a department-level family health product warehouse.

Collaboration with BASICS PROSAF also coordinated with BASICS in a series of meetings to plan the future transfer of BASICS activities to PROSAF over the next nine months, in particular the minimum package of activities for nutrition (MPA/N). A detailed phase over plan is being worked on jointly. BASICS is currently working in its community-based MPA/N interventions in both of the concentration zones (Sinendé/Bembèrèkè and Banikaora.) BASICS and PROSAF plan in the remaining time on their contract to introduce the MPA/N at the community level through joint training of community-based volunteers, either CBSA as in PROSAF's community activities, or "institutional contacts" as BASICS is creating them, identifying a contact person in community-based institutions such as women's groups. Joint PROSAF-BASICS training of community volunteers in nutrition is planned for February 2001.

Collaboration with PRIME PROSAF also coordinates with the work of PRIME (a centrally-funded USAID program), which is piloting training and service delivery improvement efforts for emergency obstetric and neonatal care (SONU) and adapting the family health protocols into an integrated training curriculum. The SONU approach is being coordinated with PROSAF and the DDSP in the Borgou/Alibori departments in order to capitalize on several activities that have already been carried out or are currently underway. These activities include the dissemination of policies, norms, and standards in family health, the referral and counter-referral system, the identification of unmet obstetrical care needs, and community mobilization efforts. PROSAF also facilitated the exchange of information and coordinated activity planning between several organizations, PRIME, UNICEF, and PADS to maximize results in addressing maternal mortality.

Collaboration with Africare PROSAF's collaboration with Africare, in their Ouémé Child Survival and PROLIPO/AIMI projects (*Programme de Lutte Intégrée contre le Paludisme dans l'Ouémé/Africa Integrated Malaria Initiative*) has been mutually helpful. PROSAF and Africare shared experiences and worked together in development and promotion of materials, curriculum, teaching materials and approaches to the community component of IMCI (including malaria prevention and case management) and other community-based interventions. In addition, lessons learned by each program have been applied to the development of the community-based distribution and services model for PROSAF and the curriculum and training of CBSAs and COGECs.

Collaboration with PSI The focus of collaboration between Population Service International (PSI) and PROSAF is to identify and serve more distribution points for family health products, and collaborate and share behavior change communication strategies. PROSAF and PSI complement each other in the training of the private sector health care providers in contraceptive technology as well. PSI has also become a potential complementary source of family health products for the CBSA kits, when the central MOH supply is limited.

Collaboration with the MOH and Other Donors In addition to working with the MOH to coordinate USAID-funded health activities, PROSAF also collaborates with the MOH, other public and private sector organizations, and other donors to create greater synergy. During the past year, PROSAF has worked actively to stimulate coordination through the DDSP. The following describes some of these activities and the results achieved.

Collaboration with the DDSP PROSAF has supported the DDSP in developing and reinforcing health sector coordination mechanisms in the Borgou/Alibori, and works with the DDSP to meet regularly with other partners for planning and consultation. These partners co-finance many of the department planning efforts, such as the evaluation of the previous DDSP three-year plan and other elements of the planning and development process. For example, PROSAF organized a workshop to introduce health sector mapping, and the “zopp” methodology to develop the logical framework for the next three-year plan, and its write up were all co-financed by the *Projet Benino-Allemard des Soins de Santé Primaires* (PBA-SSP), the Swiss health development support program (PADS) and PROSAF. This has allowed PROSAF to leverage more activities with USAID funds. Organizing this complementary funding has resulted in additional resources to help meet USAID/Benin’s goals.

During the third quarter, PROSAF worked with the Program Directors to carry out the first semiannual review of activities. Common indicators were proposed to improve future monitoring. The efforts made for the creation of a departmental stock of family health products is another example of coordination. All the participants contributed to defining the approach to management and functioning of the stock. The collaboration between PROSAF, the DDSP, and the other partners also resulted in the consensus on the supervision system (a PROSAF consultant helped develop the process, content, and supervision tools for the operational level.)

Collaboration with UNICEF PROSAF and UNICEF met with the Sinendé/Bembèrèkè health zone team to discuss development of a prospective health map and other plans for the coming year. Particular concerns about equipment needs were discussed. As a result of this coordinated approach, UNICEF contracted a consultant to work together with the health zone and the zone hospital on the issues of protocols and equipment needs for emergencies, referral and counter-referral for maternal care.

Table 6 below shows formal mechanisms for coordination of health activities with the DDSP. This table includes both USAID-funded activities and the coordination of other DSSP level activities. PROSAF recognizes the need for both to be coordinated to maximize results.

Table 6 : Formal Coordination Mechanisms for Health Activities with the DDSP

<i>Coordination mechanism</i>	<i>Frequency</i>	<i>Participants</i>	<i>General content</i>	<i>Comments and recommendations</i>
DDSP and partners coordination meeting	Monthly – half day	DDSP, SEPD, SSF, PADS, PBA, BASICS, GESCOM, PROSAF	Review of accomplishments of past month, f/u recommendations and programming of activities	Need to focus the review and programming to allow for substantive planning and policy discussions
CODIR (<i>Comité de Direction</i>) élargi	Quarterly- 2 days	DDSP, PADS, PBA, BASICS, GESCOM, PROSAF Plus the health zone coordinators and head doctors from the sub-prefectures	Review of accomplishments of past quarter, f/u recommendations and programming of activities	Same comments as above, plus the need to make a decision on the indicators to monitor
CDEEP (Comité Départementale d'Evaluation et Suivi des Projets)	Quarterly – 2 days	DDSP, partners, representatives from other sectors and the prefecture	Review of accomplishments of past quarter, f/u recommendations and programming of activities	Same comments as above Infrequent, usually annual
Comité de suivi	Semi-annual – 2 days	DDSP, partners and zone coordinators MOH invited	Review of the past semester's accomplishments, indicators and future plans	Need to focus the review and programming to allow for substantive planning and policy discussions. Decisions based on monitoring of key indicators.
Collectif des responsables de la santé	Quarterly – 1 day	DDSP, partners, all health services heads (public and private)	Policy discussions, educational and informational presentations	Infrequent, usually annual

3.2. Results Package 2: Increased Access to Family Planning, Maternal Child Health And Sexually Transmitted Diseases/Human Immunodeficiency Virus Services

PROSAF's Results Package 2: *Increased Access to Family Planning, Maternal Child Health and Sexually Transmitted Diseases/Human Immunodeficiency Virus Services*, directly supports USAID's Intermediate Result 2, *Increased Access to Family Health Services and Products*.

During this year PROSAF has promoted increased access to family health services and products by focusing on:

- ♦ strengthening of the logistics management system
- ♦ improving the supply and distribution of family health commodities
- ♦ extending the availability of an integrated package of family health services
- ♦ increasing community-level availability of family health services and products

Primary Accomplishments

- ♦ Revised the system of logistics management for family health products, including the creation of a departmental warehouse
- ♦ Trained more than forty health workers to use the new logistics management tools
- ♦ Trained health workers and community members in the use of FPLM composite indicator scoring tool to measure effective management of family health products
- ♦ Developed consensus on the definition of integrated family health services
- ♦ Developed CBSA training curriculum, and trained 20 CBSA Trainers and 115 CBSA

3.2.1. Strengthening the National Logistics Management System and Improving Distribution in the Borgou/Alibori

PROSAF is working with the Family Health Division of the central MOH and the Family Planning Logistics Management (FPLM) project to ensure development of a sustainable and effective national logistics management system. The following are the major systems-strengthening activities that have taken place this year:

- ♦ assessment and revision of the logistics management system
- ♦ adaptation of logistics management tools and training of providers in their use
- ♦ in-depth data collection on consumption, performance and sustainability
- ♦ initiation of department warehouse for essential medicines

Assessment and Revision of Logistics Management System PROSAF and the DDSP put significant effort this year into assessing and revising the logistics management system. The 1999 management assessment revealed that 46% of health centers had experienced stock-outs in the previous three months. PROSAF and the DDSP first organized a consensus workshop for the department in order to revise the logistics systems to integrate essential drugs, contraceptives, and vaccines. The results of this workshop included the decision to create a departmental warehouse for family health products, an implementation and monitoring plan for the logistics system, and new logistics management tools. (See the implementation plan for this system in **Annex 5**).

The logistics management system as revised includes:

- ◆ a new pipeline for the supply of family health products⁵ for the department (see **Annex 6**). The pipeline allows for the calculation of how much stock is needed at each level, taking into account consumption, regular stock, and emergency stock.
- ◆ a departmental family health products warehouse for family health products to coordinate the purchase and distribution of health products
- ◆ a process for each zone to purchase health products at the departmental warehouse, based on the needs of all its health facilities

Adaptation of Logistics Management Tools and Training of Providers Following the consensus workshop, another workshop was held to revise the logistics management curriculum and tools. This workshop focused on the trainers who had previously only been trained in contraceptive management and who now needed to broaden their skills to include all family health products. The participants reviewed and adapted the training tools and logistics management instruments. They also finalized procedures for health products stock and financial management.

With these new tools in hand, 43 health care providers (25% of those in the department) were trained in the new system and use of the tools. PROSAF worked with the trainers to focus on improved performance monitoring of providers. This prepared the health care providers to manage the family health logistics system and family planning products distribution. PROSAF and the DSSP will seek support from other donors to fund the training of the remaining health care providers in 2001.

Data Collection on Consumption, Performance and Sustainability The third major element in the systems-strengthening process was data collection across the department to calculate monthly mean consumption (MMC) and composite indicators. The MMC will allow each health facility to estimate the quantity of each family health product to be purchased, based on their actual consumption of these products. Taken together, the data provide necessary information to determine the scope of the departmental family health product warehouse.

More in-depth data was collected to determine the actual level of performance of the system, as well as its sustainability, using the Composite Indicator Checklist developed by FPLM and used nationally. The performance score relates to the actual functioning of the system and the sustainability score reflects the potential of the system to function without outside support. For example, if the norm for projecting orders is the criteria, actual performance may be scored as poor because the system is poorly understood or used. However, the sustainability score may be higher because the system to project orders is sound and does not rely on outside support. Table 7 below shows the range of scores (lowest and highest) given by the large health centers. Generally, it was felt that the current logistics system functions poorly, but that the system itself is well designed and could work without much external assistance once the system is explained and the norms are followed.

Table 7: Composite Indicator Checklist Range of Scores (maximum of 100 points for each criteria)

Site	Performance	Sustainability
Gogounou	22	77
Karimama	56	75
Tchaourou	49	64
N'Dali	47	93
Borgou/Alibori (average score)	38	58

⁵ Family health products include contraceptives, vaccines, and essential medicines

Health teams, including the COGES of all the 14 larger public health centers and two private health centers of the Borgou and Alibori, were trained to use the Composite Indicator Checklist. During the training, the health teams were able to evaluate their current performance against scores obtained by the new index. The participants acknowledged that they do not follow certain logistics systems procedures and norms that would allow them to effectively manage the logistics system. They also acknowledged their responsibility for under-performance and recognized that they do not need additional resources in order to improve their management of the logistics system.

The health teams recommended that the Composite Indicator Checklist be distributed to all health centers and used as a management tool to improve the logistics management system. The distribution and training in its use is planned for 2001.

Departmental Family Health Product

Warehouse The last major element for this year in the strengthening of the logistics system was the initiation of a departmental family health product warehouse. PROSAF and the Health Zone Management Teams held discussions on the technical, administrative, and financial issues involved in this undertaking, as well as the systems needed for effective administration of the warehouse. A technical and financial feasibility study was begun in late 2000. It will be completed in early 2001 and should provide sufficient information to determine which type of depot management system would be most effective. The two options under consideration are:

- ♦ complete autonomy: the depot would be independent of the *Central d'Achat de Médicaments Essentiels* (CAME) and the decentralized MOH structures, and have its own management structure, or
- ♦ limited autonomy: given some powers, and making the depot a part of the CAME at the departmental level.

A final decision on the management system by the DDSP is expected in early 2001.

3.2.2. Availability of Integrated Family Health Services

To improve access to family health services, PROSAF and the DDSP have launched an initiative to make an integrated basic package of family health services more available and to increase the capacity of health facilities and providers to offer this package at all times. Increased availability means that every client who comes to any health facility, for any reason, has automatic access to the integrated package of family health services. The management assessment found that only 12% of health centers offered all family health services every day.

“You know, you and your team are right. I finally understand that integration is necessary even in hospitals. After the Kandi workshop, I received a woman who came in for a post-natal consultation with her newborn. She also had with her a young son who was suffering from measles with respiratory and ocular complications. Right away I recognized the woman, who had given birth in my hospital approximately one month before. Unfortunately, at that time I was not concerned about the vaccination status of her last child. If I had been, this child would have been vaccinated and would not be in such serious condition that he had to be taken to the hospital. You know, I feel very guilty.”

*Representative of a religious zone hospital,
after workshop to develop implementation
plan for integrated family health services*

In collaboration with the zone representatives, the zone hospitals in the concentration zones, and the DDS, a feasibility study assessed available opportunities to create integrated services and to draft guidelines/job aides for providers to explain how they might integrate services. The feasibility study showed that this year integration would be feasible in two to three centers per zone, as well as three zone hospitals (total of 26), to be increased in following years. The study also identified the inputs needed for integration of services.

Inputs identified as essential for the successful introduction of integrated services were:

- ◆ equipment and materials necessary to follow clinical protocols for diagnosis and treatment
- ◆ multiple skill training and motivation mechanisms for health workers
- ◆ data collection on integrated services using the existing health management information system tools
- ◆ utilization of data by the health facility teams for decision making to improve service delivery; and
- ◆ community awareness of the availability of integrated services

After the feasibility study and its analysis, a follow up plan was agreed to with the representatives who had been involved in the process. PROSAF worked with the stakeholders and donors in the Borgou/Alibori to address all of the inputs necessary. On training, PROSAF held discussions with PRIME to adapt their family health protocols as a basis for an integrated curriculum. Additional modules will be added on data use, organization of services, developing an “integration attitude,” and quality assurance. This curriculum was to be developed with the departmental training team, but the installation of this team has been delayed. (See Results Package 3 for further explanation.)

Over the course of the year, it became apparent that very few of the chosen health centers had started to integrate services. One reason given was that additional equipment was necessary to begin integration. Another was that health workers thought they were going to be overworked. PROSAF has ordered basic equipment and materials, which should be in place in early 2001. (See further discussion of this point in the *Challenges and Opportunities* section.)

When it was clear that the more top-down approach had not been successful, PROSAF decided to use informal methods to promote the benefits of service integration during field visits and meetings with health teams. The new strategy focuses on service delivery data and process indicators to raise awareness among staff and held them to bring forth their own solutions. Staff is helped to identify problems the health workers are having and, if appropriate, integration is suggested as a strategy for alleviating certain problems. The introduction of quality assurance has paved the way for the introduction of focused and rapid problem solving tools.

3.2.3. Community-Based Distribution of Family Health Products

PROSAF is contributing to the expansion of family health service delivery by placing these services closer to the population via Community Based Service Agents (CBSA). PROSAF has refined a CBS model (see **Annex 7**) by incorporating lessons learned from the experience of Africare's child survival project in Benin and from CLUSA's experience in community development. This sharing has led to new ideas to address issues such as the content and financing of the initial CBSA kit, training and motivation mechanisms for the CBSA, supervision and monitoring, and regular and continuous supply of family health products. For example, Africare had learned that the local management committees needed to be more closely linked to the health system, so PROSAF made sure that the COGEC were involved in processes such as ordering drugs.

In the model that PROSAF has adopted, the family health service package includes chloroquine distribution by the CBSA. At the onset, however, the MOH did not approve of having chloroquine distributed by the CBSA. As a result of pilot experiences by Africare and much lobbying and technical input by the World Health Organization's Roll Back Malaria program specialist and UNICEF, the MOH changed its policy. The official MOH document *Policies, Norms and Standards in Family Health*, which has been disseminated nationally, now states that chloroquine may be distributed by CBSA under regular supervision. The new policy enables PROSAF to support a more complete package of services and products in the community and prepares the way for community IMCI.

During the second quarter, 202 CBSA were chosen and confirmed by their communities and the contents of their kits were approved. The kits are being prepared for distribution and will contain a variety of family health products, including oral rehydration packets (Orasel), impregnated mosquito nets, chloroquine tablets, acetaminophen, aspirin, condoms, spermicides, and oral contraceptives (to supply women who have already been prescribed the pills by a qualified health worker). The CBSA will be re-supplied primarily through the public health system but the initial stock of supplies has been co-financed through various partners. Population Services International (PSI), which operates a social marketing program in Benin, will supply mosquito nets on credit. The Family Health Division of the MOH and the United Nations Fund for Population Activities (UNFPA) are providing the initial supply of contraceptives for the launch of community-based services in the two concentration zones. A combination of these solutions will be applied, as well as a co-financing scheme from the local communities and a World Bank rural development project (*Projet Pilote d'Appui au Monde Rural dans le Borgou* or PAMR) to purchase remaining drugs for the initial CBSA stock. PROSAF's work on strengthening the logistics management system will also contribute to the sustainable functioning of the CBSA program.

The process of implementing community-based services continued with the adaptation of the CBSA training curriculum. A workshop was held in September that included the national, intermediate, and operational levels and advanced the adaptation of CBSA training tools based on existing material (an outline of the CBSA curriculum is presented in **Annex 8**). The national community IMCI working group was also closely involved in the adaptation process. The main themes covered by the curriculum are: concept of community-based services, STD/AIDS, malaria, diarrhea, family planning, and nutrition. Half of the CBSA were trained in October and they were ready for service by December. The remaining CBSA will be trained in February 2001.

Given this rapid expansion of community-based services, PROSAF and PSI will work together to develop a shared database in early 2001. The purpose of this database is to monitor coverage of community based distribution points for family health products.

3.3 Results Package 3: Increased Capacity Of Health Workers To Provide Quality Services

PROSAF Results Package 3: *Increased Capacity of Health Workers to Provide Quality Services* supports USAID Benin's IR 3 *Improved Quality of Management and Services*. Major activities include: assessment and improvement of training and supervision systems (including IMCI and QA), integration and improved organization of services using a quality assurance approach, development of monitoring and reporting systems, and strengthening the ties of health workers to the local communities in which they work.

Primary Accomplishments

- ◆ Introduced IMCI as an integrated approach to maternal and child care in the community, and integrated IMCI community norms into the CBSA curriculum
- ◆ Evaluated the content, dissemination and use of MOH policies, norms and standards
- ◆ Obtained consensus on in-service training and the introduction of formative supervision for family health
- ◆ Developed the training module for formative supervision
- ◆ Established a performance monitoring system to strengthen and reinforce skills acquired through training
- ◆ Organized training sessions based on specific needs identified by health care providers
- ◆ Established the departmental training team and trained them in adult learning methods

3.3.1. IMCI Strategy

The introduction of IMCI is a cornerstone in the integrated service model being propagated. Considerable effort is being made to adapt and pilot test the IMCI strategy nationwide. PROSAF participated at the national level in all of the five IMCI working groups, but was most active in the training curriculum group, the community group and the well child consultation group. PROSAF is preparing to pilot test IMCI in its concentration zones.

In the IMCI Community working group consensus was reached on the content of the curriculum and the behavior change approaches that favor improved child health practices by families. PROSAF will pilot test its content in the training of its community health agents. PROSAF also contributed to the definition of the appropriate community approach during its participation in the regional WHO sponsored conference on community implementation of IMCI, held in Mali.

While it is the prerogative of the MOH to choose the pilot test sites for IMCI, PROSAF anticipates that its concentration zones will be among those selected. Given that it will probably take another two years to train clinicians in the application of the IMCI protocol through the usual process, PROSAF will work with PROLIPO (an Africare project) to propose alternative training schemes to improve health worker performance on IMCI in the short-term.

3.3.2. Expanding the Role of Midwives, Including Emergency Post-Partum and Neonatal Care

To expand the role of midwives, PROSAF actively participated in the MOH partners' round table discussion on the situation of neonatal and obstetric emergencies (known by its French acronym, SONU—*soins obstétricaux et néonataux d'urgence*) and a joint planning exercise for 2000-2001 with the MOH Family Health Directorate and departmental representatives. After this meeting, PROSAF offered to pilot test the strategy and to begin the training of midwives for their expanded role. This is, however, on hold due to delays at the central level MOH in the validation of the norms and standards, as well as the training curricula. PROSAF provided technical assistance to develop a guide as an overview for developing the midwife curriculum. This guide was completed in September, although it has not yet been approved for training purposes.

Once the norms are reviewed and accepted by the MOH, PROSAF will support their pilot testing and use in zone level training. In the interim, PROSAF, in collaboration with PRIME, is working with community groups to identify high-risk pregnant women and organize emergency transport to reduce delays of women with obstetrical emergencies to reach health services. Training activities for family planning, as discussed below, also contribute to achieving SONU goals.

3.3.3. Family Health Norms, Standards and Protocols

The family health policies that PROSAF is helping to promote are the nationally developed policies, norms and standards for family health, including integrated management of childhood illnesses (IMCI) and obstetrical and neonatal emergency care (SONU).

In late 1999 all HZMTS and health center head nurses in the program area were provided orientation in the new Policies, Norms and Standards document for family health. A follow-up assessment at the end of this year showed that only five percent of those oriented had actually disseminated the Policies, Norms and Standards document and oriented their health workers on its use. PROSAF plans to train health workers on the Policies, Norms and Standards when the protocols on which they depend are officially validated at the MOH central level. These protocols already include the norms for IMCI and SONU. PROSAF plans to use the new norms and standards protocols to develop an integrated training curriculum and accompanying supervision tools.

Most of the innovations that PROSAF has contributed in applying new family health policies have been at the community level through training of CBSA and COGECs, and use of traditional media to transmit messages about better family health practices. In this year, 115 Community-Based Service Agents and 21 COGEC were trained in the family health policies.

3.3.4. Training Plan and Departmental Training Team

The 1999 Management Assessment included an assessment of training needs in the departments. The results showed that only 33% of the health workers in the program area had received at least three in-service training sessions in the previous twelve months. Assessment of the performance of these workers in adherence to norms and standards revealed a need to improve the quality of the training. Since complete records to track training of health personnel do not exist, PROSAF and the DDSP initiated a plan for in-service training based on needs identified through the management assessment and supervision reports. Together with the DDSP, a plan was outlined early in 2000 that focuses on

coordination of training activities, improvement in the capability and capacity to train and supervise, and creation of a database for evaluation and planning purposes.

Based upon national guidelines, a Department In-Service Training and Supervision Coordination Committee was created with additional representatives from the zones. It was also recommended that a team of trainers for the department be created, as well as training teams at the zone level. PROSAF has encountered difficulty to date in obtaining DDSP commitment to assign staff for the Departmental In-service Training and Supervision Coordination Committee. However, some progress was made when a validation workshop was held in August to approve and adopt the in-service training and supervision plan. This workshop was attended by all of the people who will likely make up this Coordination committee.

A departmental training team was established in late 2000, after selection criteria had been reviewed and broadened. The team is composed of members from the DDSP, the HZMTs and others. They were trained in pedagogical skills at the end of November and PROSAF continues to work with the Team to develop an integrated training curriculum for the different levels of staff in the health system. The components of this integrated curriculum have been defined and include IMCI, SONU, quality assurance, interpersonal communication, and integrated family health services. The content for the first four has already been developed and content development for integrated services is planned for in the first half of 2001. PROSAF is providing technical assistance to the department in the development of this standardized curriculum.

While these system-level efforts were underway, PROSAF proceeded with small, concrete training activities in the concentration zones, based on specific needs that had been identified by health workers during the Management Assessment (interpersonal communication, contraceptive technology, infection prevention, and IUD insertion (for the private sector only)). Other training activities supported by PROSAF to improve health worker capacity to provide quality health services include technical assistance to PBA-SSP during their training of trainers sessions for community based health workers in the Karimama/Malanville health zone, and training of ABPF zone animators in family planning and communication methods.

To address performance issues revealed by the Management Assessment, PROSAF's training approach/methods are competency based. As part of improving the quality of training, health workers identify the specific tasks they will be expected to perform following their training. Each participant is required to develop an application plan for integrating the newly learned skills into their routine work upon return to their health centers. Follow-up and monitoring after training assess the quality of their performance of tasks. Follow-up visits three to four months after training revealed that, among state health workers trained, 25% (5/25) of personnel had already been lost to other localities. All 27 locally hired, lower-level health workers (*aides-soignantes*) were still at their posts. (Private sector providers could not be evaluated due to union policy and procedure.) Performance was very variable, and in some cases equipment insufficiencies contributed to the performance deficits. On the whole, however, there were improvements and health workers noted that they had seen increases in use of health centers and that they found the follow-up visits encouraging. It should be noted that sustained improvements in quality of care will not be achieved by training alone, but must be accompanied by system-based improvements.

“I did not know how to correctly prepare decontamination solution, but after many preparations as practice in the classroom during the training, I can now say that I know how to prepare it. From now on, I know I'll avoid infections in my work place.”

Nursing assistant in the Sinendé/Bembèrèkè health zone

During the training in contraceptive technology and infection prevention held for nurses and midwives of the Sinendé/Bembèrèkè health zone, the participants drafted the following letter to their clients based on the client's 10 rights and health worker's needs. This letter represents their commitment to improve the quality of services and has been posted in their health centers. It was also published in the department's quarterly newsletter, *LienInfo*.

Dear client,

As soon as I complete my training and receive the equipment for the management of your health needs, I will always be motivated to guarantee your comfort, dignity, and safety. I will welcome you and provide you with the appropriate information to make an informed choice among contraceptive methods. I will keep confidential everything you tell me. In order to guarantee the continuity of services and your access to them, be assured that your opinion will be taken into consideration.

Sincerely,
Your health worker

3.3.5. Increasing Knowledge of Health Workers

All PROSAF-supported training sessions are based on adult learning methods and experiential techniques and exercises. This approach is innovative for this environment. The follow-up visits after training are also a new technique to reinforce training and correct errors. Some other examples of training techniques that have been used or will be implemented in 2001 include:

- ♦ video and skits, especially at the community level
- ♦ just-in-time training for data analysis for HZMT
- ♦ experiential training for traditional and popular media, health workers, Community Facilitators, and radio animators
- ♦ whole-facility training (a plan has been developed for this)
- ♦ use of norm-based checklist for self evaluation (for example, in the composite indicator data collection for the logistics management system)

3.3.6. Formative Supervision Plan

The 1999 Management Assessment showed that only six percent of health workers had received four or more supervision visits during the previous year. In order to address this deficiency, a formative supervision plan was developed during a department consensus workshop. This was an important step toward resolving supervision issues, both at the departmental level and at the zone level. Outcomes of this meeting were the definition of supervision, supervision methods and practices, and the profile and characteristics of a good supervisor. In addition, participants reached consensus on the design of supervision instruments, supervision planning/programming according to level, and the supervision feedback and reporting process.

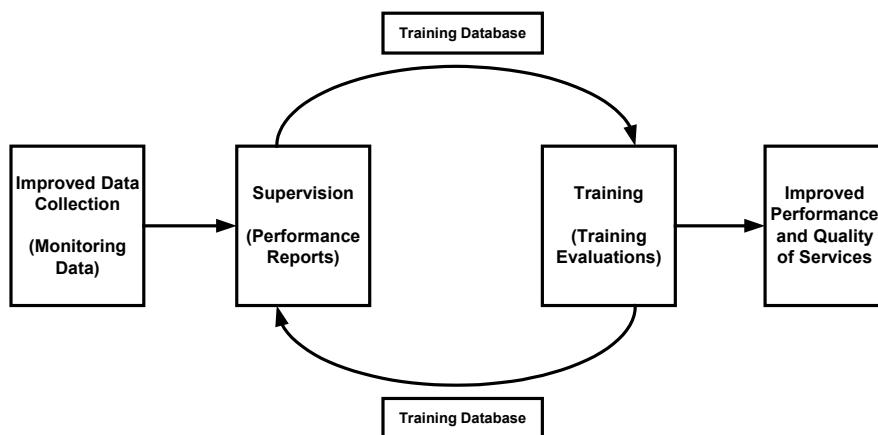
The plan is to train the HZMT in formative supervision and to use a coaching approach to support the newly trained supervisors to monitor health worker performance. PROSAF assisted the DDSP to develop a supervision training module and the supervision checklist outlined in **Annex 9**. The module, which is based on case studies, is practical and enables the trainer to find examples to illustrate any

presentation. Revisions are being made to the module to include skill development exercises in communication and coaching techniques, as well as observation techniques in clinical settings. Supervision training of the HZMT will start in March 2001.

3.3.7. Reporting System to Monitor Training and Performance of Health Workers

Figure 2 below illustrates the close relationship between data collection, supervision, performance monitoring, and training. PROSAF's work to improve data collection results in data on both service statistics and health worker performance. Supervision can then be planned based on this data, with more visits to the poorest performers. Supervision visits result in detailed performance reports, and that information is entered into the training database, which is then used to plan training based on the identified needs. Training evaluation data also feeds back into the supervision system through the database, telling supervisors where to focus their follow-up. Combined, these inputs lead to improved health worker performance and quality of services.

Figure 2: Improving Health Worker Performance



PROSAF has assisted the DDSP to establish a reporting and performance monitoring system. Monitoring is a means to strengthen supervision, which helps to correct, maintain, and reinforce skills acquired during in-service training. The quarterly health zone monitoring guide is the principal tool of the monitoring system and emphasizes performance, thus supporting the formative supervision system. This approach includes all levels of the departmental health system. The monitoring guide was tested during the second quarter in the PROSAF target zones. The HZMTs thought it was possible to use the guide quarterly and were impressed by the discussion of the information provided by monitoring tool. (See the summary of monitoring results in **Annex 4**.)

One of the results of the department workshop on in-service training and supervision was agreement to develop a database for evaluation and planning purposes. The structure of this database is presented in **Annex 10**. With the new database, connected to the supervision system, the DDSP will be better able to assess and monitor training needs and the performance of health workers. It will also provide information upon which to develop training plans to meet the needs of health staff.

3.4. Results Package 4: Increased Knowledge and Behaviors Supporting Use of FP/MCH/STD/HIV Services, Products and Prevention Measures

Results Package 4 supports USAID's Intermediate Result 4: *Increased Demand for and Practices Supporting Use of Family Health Services and Products and HIV/AIDS Prevention Measures.*

PROSAF followed this year a two-pronged strategy for behavior change. It worked on providing better information, working primarily through traditional media. It also put great emphasis on improving community participation in health and community-based health services. Continued effort was directed toward strengthening the capacity of the departmental IEC/BCC Committee.

Primary Accomplishments

- ◆ Carried out survey on family health knowledge, attitudes and practices
- ◆ Trained traditional and popular media to develop and organize the diffusion of messages on family planning and child health
- ◆ Developed curriculum on interpersonal communication and held initial training for 18 health workers
- ◆ Established Departmental IEC/BCC Committee and trained members in communication techniques and strategies
- ◆ Supported DDSP in organization of World Health Day, World Population Day, National Vaccination Days, and World AIDS Day activities in the Borgou/Alibori

3.4.1. Formative and Qualitative Research to Identify Appropriate Strategies and Messages

PROSAF's major research activity in 2000 was a survey of family health knowledge, attitudes and practices (KAP). This survey complemented data collected through the Management Assessment in 1999. The KAP survey collected information from approximately 1,000 women and 400 men of reproductive age across the two departments. Prior to the actual data collection PROSAF conducted a document review of 175 research works previously carried out in Benin, in order to assist with the development of questionnaires and methodology. This review was informally documented and shared with partners in the Borgou/Alibori.

Results from the KAP survey revealed the following:

- ◆ knowledge of three or more modern contraceptive methods is extremely low for both men and women (7% and 6% respectively), and use of a modern method is also low
- ◆ knowledge of one symptom of malaria and acute respiratory infections is reasonably high overall – 87% for malaria and 70% for respiratory infections
- ◆ nearly half of all households surveyed (47%) possess a mosquito net, and 55% of people cite nets as a means of preventing malaria
- ◆ the proportion of children who are completely vaccinated before their first birthday is 37% - a decrease from 49% as noted in the 1996 Demographic and Health Survey
- ◆ knowledge of two or more STI symptoms is very low overall (11%), with a noticeable difference between women (6%) and men (23%)
- ◆ radio is the primary source of health information (87%), followed by health workers (19%)

Concurrently with the KAP survey, the Population Council's FRONTIERS project carried out a complementary qualitative study in the two departments. This study gathered information on the dynamics of household decision-making in relation to family health service use and health expenses using focus group discussions and individual in-depth interviews. PROSAF worked closely with FRONTIERS throughout the process of developing the discussion/interview guides and selecting the communities to participate in the study. Results showed that health is not a priority in the allocation of resources in a household, and established that men are the primary decision-makers in the household in terms of care seeking and resource allocation. Both of these key findings have implications for the development of IEC strategies and messages.

PROSAF and FRONTIERS jointly disseminated the results of these two research activities at a workshop in November. Participants included representatives from the central and departmental levels of the MOH, health workers, and partner organizations. Based on the results of the two studies and ideas generated at the dissemination workshop, PROSAF proceeded to work with the IEC/BCC Committee and others to adjust the IEC/BCC strategy for the departments. This strategy will be finalized in early 2001.

PROSAF had originally planned to follow the quantitative KAP survey with broad qualitative research in order to gather more information on key family health topics. However, in order to focus time and resources, the qualitative studies will now be done selectively to address specific IEC/BCC information needs and will be linked with the ongoing quality improvement processes. The additional benefit of proceeding in this manner is that health workers and community members will be able to play a more active role in the smaller-scale focus group discussions and in-depth interviews. The information gained from these qualitative studies will lead to ongoing refinement and/or adaptation of the IEC/BCC strategy in 2001.

3.4.2. Materials and Messages on Family Planning Themes Using Traditional Media/IEC

Seven traditional media groups, including griots, dancers, and theater groups, participated in training to develop and test family health messages for dissemination. The presentation of these messages on family planning and measures to protect children against disease took place over a ten-week period in the communities of the two concentration zones. In addition to the seven media groups, local radio stations in Banikoara and Bembèrèkè participated as well. Members of the Department IEC/BCC Committee monitored these activities, with PROSAF's support. A one-year contract was signed with two radio stations in the concentration zones to broadcast announcements and messages in local languages, as well as the taped performances.

“We are happy with the popular and traditional media approach, which will serve to not only develop and disseminate messages, but will also re-validate our artists.”

Community member during dissemination activity in Wodora, Bembèrèkè

Communities have shown a strong commitment to and are actively participating in health communication activities through traditional channels. Many of the commune action plans include the use of traditional media. In addition, the audiovisual equipment that the World Bank provided for each health zone represents a good opportunity to strengthen health education efforts in the health centers. An intensive effort is being supported by PROSAF in Banikoara using audio systems in health centers.

PROSAF has supported the IEC/BCC Committee in its efforts to organize and coordinate department-wide events to educate communities on the themes promoted during national and worldwide commemorative days such as: World Health Day, World Population Day, World AIDS Day, and National Vaccination Days.

3.4.3. IEC and Counseling Training

The 1999 Management Assessment revealed that, in assessing the performance of health workers in counseling, only 26% of the IEC sessions in health centers were conducted according to minimum norms. It also showed that clients were least informed/counseled on issues of family planning and child health.

Emphasis in BCC/IEC training has been placed on improvement of interpersonal communication, as provider-client interaction is essential to improving utilization of family health services. A training curriculum in interpersonal communication was developed. It consists of three manuals (a reference manual, a participant guide and a training manual) and reflects PROSAF overall training approach, which is based on adult learning principles and competency-based training. PROSAF held an initial training session for 18 health workers and focused on developing IEC and counseling skills through role-playing. Further training of health workers is planned in 2001.

“Since I was trained in inter-personal communication skills, the number of clients coming to the center has increased tremendously, because I have changed my way of welcoming them. I smile, speak to them and take time to listen to them. Surprisingly, family planning clients are even coming during the daytime and I have had 13 new clients in the last month”

Midwife, expressed during follow-up of participants trained in interpersonal communication

In addition to this training specifically on IEC, PROSAF has developed and included in all other training curricula a chapter on interpersonal communications. These are being used to train health workers in contraceptive technology, community-based services and quality assurance.

3.4.4. Organize Local NGOS to Train in Health IEC

While a specific strategy for NGOs was not developed for this year, some activities were undertaken that contribute to achieving this result:

- ♦ Refresher training was held for the 12 ABPF zone animators on family health topics, with an emphasis on family planning and communication. This included the selection of messages and different techniques for their delivery.
- ♦ In the process of developing messages with traditional media, NGOs and other community level social workers were included.
- ♦ Technical and financial assistance were provided to the NGO *Organisation Santé Vie* (OSV) Jordan for the training of sex workers, truck drivers and apprentice hairdressers in STD/HIV prevention. PROSAF participated in the development of the training modules and also financed the creation of an IEC kit. Together with OSV Jordan, PROSAF will take part in monitoring the implementation of action plans developed by participants in this training session.
- ♦ PROSAF identified an IEC curriculum for community-based services that was developed by a network of local health NGOs (ROBS – *Réseau des ONG Beninois pour la Santé*), and used it as a basis for the development of its own curriculum. ROBS has also trained a network of trainers in IEC/BCC and PROSAF can draw on this resource for future work with NGOs.

3.4.5. IEC Activities in Community-Based Development Programs

PROSAF's IEC/BCC work at the community level is carried out through the Community Facilitators and the Community-Based Service Agents. Training for both of these groups included development and dissemination of health messages. Community level action plans include periodic IEC events and awareness-raising activities.

The Community Facilitators and zone animators have been involved at the community level in IEC/BCC activities to better target animators and traditional media channels. They will also be involved in the monitoring of IEC/BCC activities through an annual mini-KAP survey whose indicators will permit measurement of the change in knowledge and behaviors of mothers with regard to family health.

Training modules originally developed to improve the knowledge and skills of the IEC/BCC Committee members will be adapted for future training sessions for community health agents. In the next year, training of community health agents on patient counseling will continue.

3.4.6. Capacity of Health Officials to Develop, Communicate and Measure Impact of IEC Messages

The departmental IEC/BCC Committee was officially named and began work this year. This Committee's major role is to coordinate IEC/BCC activities and provide oversight and support to the departmental health services as well as the zone level providers for the development and dissemination of IEC messages. PROSAF provided assistance to the Committee for the planning of their activities for July through December 2000, based on the results of the KAP survey. During this workshop the issues of teamwork and coordination of major IEC activities were discussed. The functioning of the Committee is expected to improve coordination among communication programs of the DDSP and its partners.

PROSAF carried out six types of activities to support the IEC/BCC Committee in its strategy development:

- ♦ compiled a catalogue of communication support materials and training curricula in IEC/BCC that will assist in preparing upcoming communication support materials
- ♦ carried out a KAP survey to identify current health knowledge and practices for the development/adaptation of strategies and messages
- ♦ supported the use of existing traditional communication channels in message transmission
- ♦ trained the IEC/BCC Committee in communication techniques and strategies
- ♦ provided a follow-up and evaluation mechanism for activities of popular and traditional media
- ♦ supported special events for World Health Day, World Population Day, World AIDS Day and National Vaccination Day campaigns.

PROSAF also assisted the national IEC Committee with the development of national policies and strategies. The national IEC/BCC strategy was completed in September 2000, and is consistent with the strategy being implemented in the department. (See **Annex 11** for a summary of the national strategy.)

3.5 Results Package 5 Increased Community Involvement in Planning and Delivery of Community Level Health Service and Prevention Measures in Selected Target Areas

PROSAF's Results Package 5: *Increased Community Involvement in Planning and Delivery of Community Level Health Service and Prevention Measures in Selected Target Areas* directly relates to and supports achievement of USAID Benin's Intermediate Result 1: *Improved Policy Environment* and Intermediate Result 4: *Increased Demand For and Practices Supporting Use of Family Health Services and Products and HIV/AIDS Prevention Measures*.

Community mobilization for health activities is a very successful component of PROSAF's work, and is led by Community Facilitators based in the concentration zones. The fundamentals of this process include capacity building, resource mobilization, decentralization and community responsibility, and dissemination of successful community experiences. This is a very empowering process, as community members gain skills and experience in analyzing their needs and resources, and developing appropriate local solutions.

Primary Accomplishments

- ◆ Assessed community participation in health service management through COGEC/COGES self-assessment, and taught skills in planning and management
- ◆ Assured significant participation of women (13%) in self-assessment workshops
- ◆ Conducted a study of income generating activities in Benin and recommended a model to be used in the Borgou/Alibori
- ◆ Assured integration of community priorities into zone level strategic plans
- ◆ Created demand by health workers to learn local languages

3.5.1. Identification of Concentration Areas

At the beginning of the PROSAF program three sub-prefectures were identified as the concentration areas for intensive community level interventions. The selection of these sub-prefectures was based on criteria such as poor health service utilization indicators, absence of other major health sector partners, and presence of other USAID partners to test synergy potential. The three sub-prefectures selected - Banikaora, Bembèrèkè and Sinendé - have since been regrouped into two health zones under the MOH decentralization reforms (Banikaora and Sinendé/Bembèrèkè). PROSAF sought input from the BINGOS II project, however it was no longer conducting NGO health training.

The activities to meet this output have been completed.

3.5.2. Integration of PROSAF Results Packages with Selected Health Centers and Communities

All of the PROSAF Results Packages have interventions that are implemented at the zone and community levels, and it is in the communities and health centers that PROSAF's interventions can truly be seen as integrated. PROSAF has developed a process to ensure that its staff and Community Facilitators integrate the different interventions in their work at these levels. The Community

Facilitators have been trained to integrate all PROSAF's interventions when assisting the communities to develop action plans. This integration will extend to the community quality assurance teams for problem solving, the implementation of integrated family health services, and quarterly performance monitoring. In addition, Community Facilitators and ABPF Zone Animators have integrated activities for development of messages by traditional media into their work plans.

In the two concentration zones, the zone's three-year strategic plans and the commune annual action plans will serve as tools for ensuring integration and tracking of activities contributing to other Results Packages. PROSAF will review the progress of the integration of the Results Packages as part of its formal quarterly review meetings. The development of a well-defined vision for each level is further strengthened by the designation of a PROSAF staff member who is responsible for coordination and timely implementation of activities related to each component.

3.5.3. Capacity Building of COGES and COGEC

PROSAF has identified the training needs and strengthened the capacity of the COGES and COGECs to assume their role in managing resources and increasing community participation in health prevention and outreach. PROSAF first met with communities in the concentration zones to identify/re-energize their COGECs. PROSAF then assisted the committees to work with the communities to conduct a self-assessment.

"Despite the fact that I had the chance to go to school, I did not know such things that could help me manage my own family. More than managing a health center, the knowledge I have gained will allow me to better organize my own life."

Participant in an action plan and budget elaboration workshop

Through a series of workshops PROSAF has trained the COGEC and supported them in mobilizing the communities. The community mobilization carried out by PROSAF is based on the use of participatory learning approaches. The result has been a better understanding by the COGECs and communities of their responsibilities in ensuring the health of their families. The training has also helped them to recognize the importance of community participation and support for health services, both those provided in health centers and those provided by community health agents.

The first half of this year focused on the COGEC/COGES self-assessment process. A series of three workshops was held in each of the 21 communes of the concentration zones, in the primary local language. PROSAF Community Facilitators, HZMTs and ABPF staff facilitated these workshops. In the remaining five health zones, PROSAF supports ABPF to extend their community-based services. In each of these zones, the ABPF Zone Animators have chosen one to two communes to work in following the PROSAF community-based services model, but in a less intensive fashion. Through a series of two community workshops, 147 community-based service agents (called *motivateurs* in ABPF terminology) and 94 local community support committees have been elected. For the time being, *motivateurs* only supply contraceptives, but ABPF is considering having them offer the full package of family health products (chloroquine, aspirin, oral rehydration salts, and mosquito nets).

"We would never have thought that an entire workshop could be held in our own language, with handouts and everything. If only the other partners could do like that."

Mayor of Beroubouay in the closing speech of the self-assessment workshop

Through the self-assessment workshops 1,989 community representatives were taught planning and coordination skills. 332 (13%) of the participants were women and this is considered to be a major accomplishment in this traditionally male-dominated society. Their input during the self-assessment resulted in good quality information on the health situation of women and children. The objectives of these workshops were to:

- ◆ identify health priorities in each commune
- ◆ identify norms and self-assessment indicators for the COGEC/COGES
- ◆ collect data that will contribute to the development of health maps and action plans
- ◆ identify priority training needs for the COGEC/COGES
- ◆ recruit Community Based Service Agents

The self-assessment workshops led to many positive results. Each of the twenty-one communes has developed a list of health priorities (such as family planning, water and sanitation, pre-natal consultations, drug stocks, and safe delivery). These lists have been provided to the zone management teams and have been integrated into the strategic zone level plans. In addition, a significant number of activities (more than 20) were identified to strengthen the COGEC and COGES. The priority training needs have been identified as planning and budgeting, elaboration of by-laws, accounting procedures and audits, management of outreach activities, literacy, meeting management and income generating activities.

"I believe that I went to school but after this three-day workshop, I understand that I have a lot of things to learn. I wonder why I never thought once in my life that I have to plan all the things I want to do in the year, as well as the means to do them?"

President of the COGEC of Sèkèrè

The results of the community self-assessment workshops were used to develop integrated action plans and budgets for each of the communes, as well as to develop the curricula for COGEC training and follow up. It is important to note that of the more than twenty proposals made during these workshops for the "motivation" of CBSAs,

only a few suggested the need for outside resources. This suggests that the workshops were successful in developing strong commitment for community mobilization and resource management. The workshops also provided the COGECs with planning skills to be able to implement their action plans.

In the workshops and follow up activities, PROSAF used participatory methodologies to help create a sense of ownership by the communities. This new atmosphere has been evident in the high rate of attendance of community members and their contributions in brainstorming sessions. The participatory methodologies also create an atmosphere of confidence between health workers and communities, and transparency has been established as standard practice. For example, financial and logistics management of workshops had previously been the responsibility of PROSAF. As a result of the new sense of ownership, community committees have now started to manage the finances and logistics and to provide feedback on each workshop.

Because the workshops were conducted in Bariba, there is now great demand from HZMT members and health agents to be trained in the language. This training will help them to interact more effectively with communities, especially in the planned quality assurance and CBSA training sessions.

After PROSAF's intensive work in community mobilization and planning, attention was turned to reviewing lessons learned. The review focused on the following:

- ◆ documentation of the process of strengthening community committees and other structures
- ◆ implementation of community based services
- ◆ development of three training modules for the COGECs

Since this intensive work was done in the two concentration zones and it has been reviewed, revised and improved, it will now serve as the basis for expanding this community mobilization and planning work to the other zones of the program area.

3.5.4. Financing Sustainable Community Level Interventions

PROSAF activities to develop sustainable community financing are in their early stages. Income generating activities is one of the ways that PROSAF will promote sustainable mechanisms for community participation in health promotion. Options include event sponsorship or profit sharing in the sale of health products with part of the profits used for health activities.

A preliminary study of current practices in income generating activities in Benin was conducted in December. This study showed that Benin's most successful models use a credit scheme to promote more responsibility for re-payment. The study also found that other mechanisms that keep these funds available and productive rely on matching funds generated in the community to add to the "seed" funds from the project, and on peer pressure of community-based committees that oversee the management of the funds. The results of the study were presented to the DDSP in a workshop. The recommendations from the study will be used to initiate approaches to finance community level interventions.

In early 2001 PROSAF will continue to work with the DDSP, HZMT and COGECs to further develop community financing approaches and specific schemes.

4. CHALLENGES AND OPPORTUNITIES

The PROSAF program has worked closely with the departmental, zone and community levels, as well as with other partners, and has had considerable success during the year 2000. Perhaps the most significant result is the change in attitude of the health workers and communities alike. They acknowledge that change is necessary, that it is feasible to carry out improvements, and that many of those are within their own power to bring about.

There are, however, a number of major challenges that PROSAF has encountered that will need to be acknowledged and addressed in coordinated decision-making between PROSAF, USAID, the MOH, partners and others. These are:

- ♦ relationships with health system counterparts
- ♦ integration of services
- ♦ PROSAF program size and complexity
- ♦ coordination with USAID-funded and other health sector partners
- ♦ decentralization
- ♦ gaining and keeping the confidence of communities
- ♦ family health product supplies
- ♦ communications
- ♦ recruitment

4.1. Relationships with Health System Counterparts

Institutional Capacity of Counterparts The greatest challenge facing the PROSAF program is the limited availability of the DDSP and departmental staff to participate in planning and program activities. This is due to many factors. The most important fact is that the staffing level at the DDSP is inadequate for even the routine work required of this organization. The departmental team is the most poorly staffed DDSP in the country. Not only are numbers insufficient, but equally important are the limited qualifications of many of the staff. In response to this situation, PROSAF has provided significant training and organizational support to the DDSP. While this assistance has increased the capacity of the staff, it is still insufficient. In order to have measurable improvement, the DDSP will require additional staff. With USAID assistance, options are being considered to provide the DSSP with temporary staff for communications, administration, and/or coordinating committee support. This short-term solution is clearly temporary and does not address the need for sustained improvement.

The capacity of the DDSP is the single most important issue that will impact the success of PROSAF's strategies and activities, both short-term and long-term. Continuing to accelerate program activities, or even continue program activities at the current pace, without the full involvement of the department-level counterparts is counter-productive.

Demands on the Counterparts' Time A factor related to the limited availability of DDSP staff is demands on staff time. This is due in part to activities initiated by other donors, but also to the often-unplanned program mandates of the central MOH. The latter particularly distracts the DDSP from adhering to the departmental level plan. While PROSAF is convinced that quality assurance methods can strengthen the focus of activities through teamwork and the creation of a vision and mission for quality, there must be strong leadership for the DDSP to maintain its focus. As yet, the DDSP Director is new to his position (eight months) and is primarily focused on meeting immediate demands from numerous clients.

With the upcoming presidential election, competing demands on the time of DDSP staff could become even greater. PROSAF has learned that team-based planning using a coordinated/integrated approach improves the likelihood that planned activities take place according to schedule, but many challenges remain. One main decision made this year has been for greater cooperation with the other donors working in the Borgou/Alibori to lessen competition for the time and energy of the departmental team.

Relationships with the Central Level PROSAF has no direct, official relationship with the central Ministry of Health and must communicate with this structure through DDSP channels or through USAID. This does not permit PROSAF to have direct input on important decisions made at the central level. PROSAF invites the MOH directorates and services to participate in most of the meetings and workshops that it supports in the Borgou/Alibori. In this way it is hoped that the central MOH will become familiar with and take into account PROSAF's approaches, tools and lessons learned on issues such as integrated family health services, health zone development, training and supervision, logistics management, and community-based services. PROSAF will continue, with USAID's active support, to discuss and renegotiate its relationship with the MOH to improve communications and information sharing.

Relationships with counterparts at all levels of the health system, and even community members, have been strained due to USAID per diem policies. At times participation in PROSAF-supported activities has suffered as a result. This has particularly been the case when activities supported by other donors, who pay higher per diem rates, conflict with those supported by PROSAF. USAID has relaxed the requirement for lodging receipts, helping to ease some of the tension, but non-payment of government drivers when they accompany officials on missions remains a major problem. PROSAF has repeatedly stated that it cannot negotiate changes in USAID per diem policy. Instead, PROSAF will continue to promote direct communication between the MOH and USAID on this question so that per diem not constitute an ongoing barrier to project implementation.

Clarification of PROSAF's Role Discussions with the MOH, the DDSP, and with the HZMTs continued to help to establish and clarify PROSAF's role and its approach to reinforcing systems and promoting quality assurance. A two-day retreat was held with the DDSP staff expressly for this purpose. During these discussions PROSAF clarified that it is primarily a technical assistance program, and that there is limited funding for small medical equipment, clinic and office furnishings, and minor renovations. MOH and other levels of health staff expressed the expectation that short-term training (three to nine months), particularly in public health, be included as part of the program. PROSAF explained that training sessions/workshops longer than one to two weeks cannot be supported by PROSAF and that such requests should be directed to USAID. PROSAF will continue to seek pro-active support from USAID to further explain and negotiate with the MOH regarding the program's role. Continued informal contacts at the MOH and ongoing planning meetings with the DDSP will contribute to a better understanding of what PROSAF does.

Opportunity to Present the Successes of PROSAF's Work in the Health Sector During the third quarter, the Minister of Health and the new Director of USAID visited the PROSAF program area. One of the objectives of this joint visit was to meet contractors and counterparts working in USAID-funded health programs being carried out in the Borgou and Alibori. The USAID Director specifically wanted to learn about the work and to identify the population's needs. After visits to the field to inaugurate new clinics, both the Minister and the USAID Director expressed support to establish a follow-up mechanism for USAID-funded programs, and for closer cooperation between the MOH and USAID. The relationship between the MOH and USAID continued to develop and at the end of September there was an official presentation of all USAID health programs to the MOH. Once again, the final recommendation was to find a mechanism to keep the Ministry informed of USAID

funded activities. PROSAF will discuss with USAID the opportunities and mechanisms to more fully inform the MOH in the future.

4.2. Integration of Services

This initiative is complex and therefore has been slower to take hold than anticipated. Part of the reason for this is that a “top-down” approach was used to assess integration difficulties, with limited participation of health center staff. For example, reaching consensus on the definition of integration, while an extremely important achievement, involved only the zone coordinators, hospital directors and the DDSP staff, without input from lower level staff. The feasibility study emphasized physical space and equipment, and did not include other considerations important to health center staff. Follow-up visits to the health centers selected to offer integrated services by PROSAF staff were used to discuss with the staff the purposes, contents and mechanisms of integrating family health services, as well as the roles and responsibilities of providers and communities. Nevertheless, the availability of integrated family health services remains limited.

PROSAF is aware that materials and equipment will only be efficiently used for integrated family health services if the HZMT, health care providers, COGEC and communities are convinced of the need to integrate services. To accomplish this difficult but crucial task, PROSAF revised its strategy and has begun implementing integration in the concentration zones by linking integration to the strengthening of the family health product logistics management system and to activities underway in the communities. Quality assurance provides the unifying framework to focus providers on documented problems and provide problem solving methods. This approach has resulted in increased awareness and support by the HZMT in each of the concentration zones of their roles and responsibilities. It has also helped the communities to recognize their crucial role to participate in integrated health services delivery.

4.3. PROSAF Program Size and Complexity

The size, complexity and scope of the PROSAF program create particular challenges. At any given time, PROSAF staff is involved in activities across the two departments addressing myriad components of health care. Strengthening health systems is a long-term effort that cannot be short-circuited if the results are to be sustainable. However, recognizing the need to see immediate results, opportunities have been created and taken as the health sector context allows. Maintaining this balance between long-term and short-term results is an ever-present challenge. While PROSAF may be able to show faster results by proceeding with certain activities without the active involvement of its health system counterparts, the long-term sustainability of those results would be sacrificed. In re-evaluating the scope of this program, the balance between quantity and quality should be addressed. PROSAF, USAID and the MOH will need to formally review the options for adjusting the PROSAF program.

4.4. Coordination with USAID-Funded and Other Health Sector Partners

One of PROSAF’s contractual responsibilities under this program is to “provide leadership for coordinated management of USAID-funded activities.” In the past year the actual approach for this coordination has evolved. While there have been many successful examples of collaboration and coordinated activities this year, the fact that PROSAF is located in Parakou and most of the other projects are based in Cotonou or are centrally funded makes coordination difficult. Additionally,

USAID wishes to present its programs to the MOH as one package, rather than focusing on PROSAF as its major program.

USAID has recognized the need to formally revise PROSAF's coordination role. This revised role could mean that PROSAF will apply lessons learned from other programs, extend the use of certain tools developed by other projects, and integrate them into a systems approach for demonstration purposes, especially in the concentration zones. Considerable progress has been made in overall coordination of programs to avoid duplication. There remains a need for the USAID supported programs to harmonize their technical approaches to provide consistent technical input to the MOH.

In addition to coordination of USAID-funded programs, PROSAF will need to continue to work closely with other donor agency programs (especially the Swiss and German programs in the Borgou/Alibori). Their programs have provided considerable support to activities in the PROSAF program area.

4.5. Decentralization: Implications for Changes in Structure, Roles and Responsibilities

There are several issues within decentralization that merit discussion. These include the changes in the structure, roles and responsibilities of the different levels of the MOH, clarification of the role of zone hospitals, support to community structures to participate in decentralization, equipping community health agents, and coordination and integration of health reforms with the national Administrative and Territorial Reforms

Changes in the Structure, Roles and Responsibilities of the MOH at All Levels PROSAF has encountered a number of challenges in trying to support the MOH in health sector decentralization. Decentralization entails changes in structures, roles and responsibilities at each level of the health system, as well as changes in the responsibilities of the community. There is a crucial need for more and clearer guidance from the central MOH authorities to the departmental and zone level authorities. On a positive note, opportunities have been created by the many exchanges and collaborative efforts in defining decentralization and the changes implied.

An example of the transition in roles is the absence of definition of the legal status of the COGEC and COGES. Old regulatory texts continue to serve as a guide. PROSAF has been able to continue training and providing assistance to the COGEC by keeping the DDSP and the HZMT informed on the content of the work. Although this allows forward movement in the short term, the difficulties encountered (particularly in terms of financial responsibility and control) point to the need for further clarification within the central MOH on decentralization.

Decentralization also implies major changes in the responsibilities of the Health Zone Management Teams. While all the health zones have been created by official decree, the management structures for the zones have not been officially put into place. The first step of the process is to name the Zone Coordinators, but these nominations have been delayed by the MOH. Fortunately, the de-facto health zone team leaders and their co-workers are currently operating as teams to manage activities in the zones. Their authority, however, is limited by the lack of MOH official recognition.

The new HZMT will require training in management skills in order to carry out their new roles and responsibilities. PROSAF has provided technical assistance to the central MOH in the development of training modules for the HZMTs, taking responsibility for producing the supervision and training modules that will help support the teams in their new roles and responsibilities. PROSAF has also

participated in the working committees in charge of preparing four of the fifteen other modules. The process of developing the training modules has been slow, but PROSAF believes that it is important to be involved in the overall process of defining the role of the Health Zone Management Teams, particularly given its experience of working directly with them.

Clarification of the Role of Zone Hospitals Another issue is the undefined status of religious hospitals that have been designated as Zone Hospitals. Referrals, co-payments, and operation within MOH norms and standards, among other issues, need to be clarified. In the current situation, informal relationships permit routine referrals and other activities to continue. However, the zone hospital system will not become truly functional until a formal agreement between the MOH and religious hospitals has been reached. Some progress has been made within other donor programs to promote the clarification of the role of religious hospitals, and USAID and PROSAF can stimulate further discussion and support religious hospitals to collaborate fully with the MOH.

Support to Community Structures to Participate in Decentralization PROSAF has encountered some difficulties in working with community structures due to the lack of consensus from the MOH on the legal status of community committees, as noted above. PROSAF has developed training modules for the COGEC and COGES, but they can only focus on planning and general roles and responsibilities under decentralization because specific guidelines have not yet been established.

In the past, the use of community health agents has been considered a somewhat unsuccessful strategy by the MOH due to what has been termed the "lack of motivational incentives." Since new approaches such as IMCI and SONU have community level interventions, the opportunity to use community health workers has met with renewed interest at the MOH. However, the MOH does not currently have guidelines defining the responsibilities of community health workers.

It is understandable that PROSAF activities to train and support CBSA raise concerns at the MOH. PROSAF recognizes the need to reconfirm the overall commitment of the MOH to the development and support of a community health worker system in order to have adequate support from the health system. PROSAF deemed the interim approach of selecting, training, equipping and supervising CBSA to be appropriate at this time. An in-depth review of this system and clarification of their roles remain necessary. The use of CBSA implies resources, support and supervision systems that will need to be developed and sustained. PROSAF will encourage an in-depth review in a joint effort among the MOH, USAID, PROSAF and others.

Coordination and Integration of Health Reforms with the National Administrative and Territorial Reforms The health sector has advanced in the implementation of reforms within its sector and is experiencing difficulties when confronted with old legal frameworks that have not yet been addressed by the democracy sector support activities. The synergy between the USAID supported health and democracy activities began to take form this year. PROSAF and the DDSP provided support to the Prefect's office for a workshop to discuss the Administrative and Territorial Reforms (ATR) and their impact on the Borgou/Alibori health sector. In addition, USAID sponsored a study by the Partnerships for Health Reform (PHR) project to examine the impact of the reforms on the health sector in the national context. This study made recommendations to USAID and to the Government of Benin on the implementation of the Administrative Territorial Reforms, and more particularly on making the new health zones truly operational. Based upon the workshop discussion and the PHR study results, further guidance and information about the ATR and the health sector reform processes are clearly needed.

PROSAF is continuing to work with the DDSP to train enough staff who understand the changing roles of the departments and zones within the new reformed political environment. PROSAF's work

with the departmental team will result in a guide that clarifies the roles and responsibilities of the actors. The DDSP Director actively communicates with the central MOH in order to coordinate the department level strategy and needed changes with those of the central MOH.

4.6. Gaining and Keeping the Confidence of Communities

PROSAF has identified a number of opportunities for strengthening community participation in health activities during its first two years, such as incorporating community annual action plans into those of health zones. A high level of confidence and transparency exist between the program and the communities. These serve as foundations for true empowerment. Communities are understandably impatient to see community health services provided, and while there have been some delays in implementation, PROSAF's ongoing explanation of the process of training, planning, and negotiating supplies maintains the commitment and willingness of the communities to participate. Key lessons in working with communities are the importance of transparency and communication. PROSAF has earned the trust of communities and will continue to support this successful and real engagement of the communities in their own healthcare.

4.7. Family Health Product Supplies

PROSAF is working to improve the existing logistics and distribution system for family health products, in collaboration with the Family Planning Logistics Management project. While there is consensus on the new system and supply lines, the actual products (contraceptives in particular) are often not available in appropriate quantities at the national level to supply program needs. This is a critical issue: the success of family planning will be severely hampered if the health system is unable to assure sufficient supplies of family planning methods. This is particularly true given PROSAF's work with the DDSP to increase demand at the community level for contraceptive and other family health products. There has been pressure on PROSAF to seek commodities, in particular to supply the CBSA. The authority to purchase drugs to supply the CBSA was decentralized to the HZMT, the COGECs and a partnership with a World Bank funded rural development project (PAMR), rather than relying on other partners to supply the drugs as a subsidy. While obtaining supplies and drugs through this mechanism may be slower than other means due to limited cash flow, this approach is better as it increases the development of capacity. The balance between creating demand and providing supplies will need to be addressed with USAID and the MOH, as the decision to meet a short-term need may affect the sustainability of the program.

4.8. Communications

Communication between Parakou and Cotonou, as well as international communication, remains difficult at best due to the poor telephone network system in the North. As a result, PROSAF is often isolated from its partners and from its home office support, and efforts to coordinate activities are frustrated. The installation of PROSAF's own computer network should improve communication via email. Communication has recently been improved due to the installation of a server in Parakou (BorgouNet), which is being managed by the archdiocese of the Catholic Church. The national telecommunications system is also rumored to be converting to a fiber optics system that should help alleviate the problem.

4.9. Recruitment

PROSAF has a number of dedicated and competent staff on its team. However, the difficulty in recruiting staff and consultants has limited PROSAF's ability to fully achieve its expected results. Locally, there are a limited number of people with the skills, knowledge, and experience that PROSAF requires. In addition, many of those who are qualified are already employed by the government of Benin and PROSAF is prohibited by USAID regulations from hiring them on even a short-term basis. On the international side, it has been difficult to locate well-qualified francophone consultants in a timely manner. PROSAF continues to broaden its contacts locally and regionally, and, when appropriate, pairs international or regional consultants with local consultants to increase local capacity.

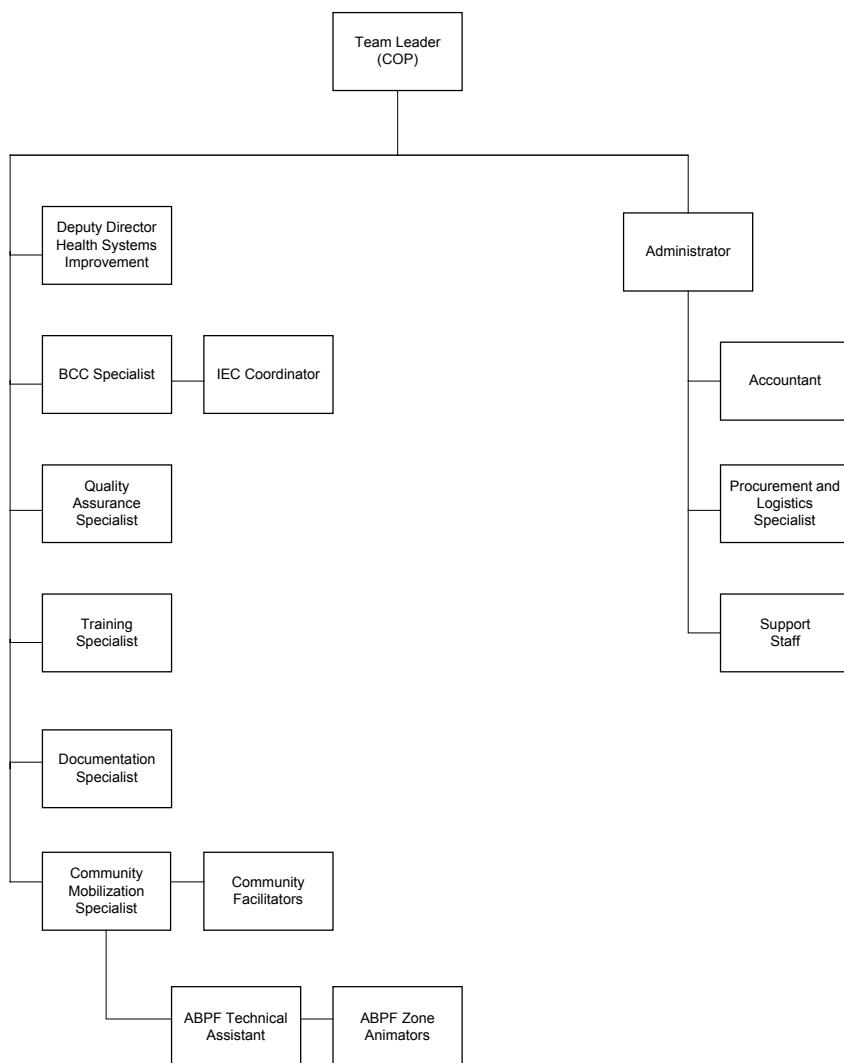
URC and PATH have pursued an intensive international recruitment effort since the program's BCC Specialist announced his intention to leave the project. The position has been advertised in Benin, in journals of the sub-region (Niger, Senegal, Burkina Faso), and in the United States, but to date no qualified behavior change specialist has been identified who is willing to relocate to Parakou. An interim, alternative BCC technical support strategy is being developed. This strategy relies on a BCC team of experts from URC, PATH and CLUSA who will field short-term consultants and support program results. PROSAF feels this is a creative response to the difficulty in replacing the long-term BCC Specialist.

5. PROGRAM MANAGEMENT

5.1. PROSAF staffing

During this year, PROSAF reinforced its staff by recruiting a Documentation/Archive Specialist with responsibility for public relations, a Network Specialist, an Assistant Computer Manager, and a Supplies and Logistics Manager. As noted in the previous section, PROSAF continues with recruitment efforts to replace the BCC Specialist who left the project in November. The organizational chart below shows PROSAF's current staffing structure.

Figure 3: PROSAF Organizational Chart



In light of the complex nature and vast scope of the PROSAF program, PROSAF has identified the need for an additional senior staff member. USAID/Benin has given its support to add this management position. The proposed position would add a Deputy Director for Program Monitoring and Operations to the PROSAF team. PROSAF is awaiting USAID approval for the proposed position.

A USAID summer intern worked with PROSAF during July and August. His objective was to focus on analyzing and documenting the innovative work that PROSAF is carrying out at the community level. His report, presented to USAID, helped to document the approach used by PROSAF and to publicize the accomplishments of the program. A summary of his report was included in the newsletter *LienInfo* published by the DDSP and PROSAF.

5.2. Financial Management System Development

PROSAF contracted a financial and administrative consultant to assist the PROSAF Team Leader, Administrator, and Accountant with the revision of financial and administrative procedures. The objective of the consultancy was to strengthen and streamline the project's financial management and to allow for more accurate ongoing monitoring of expenditures related to activities. Based on PROSAF results packages and URC accounting codes, the new financial tracking and reporting system was developed using the database software Access. This allows expense tracking to be linked to an activity-based budget. Refinements for report production and ease of use have been added and a user's guide has been developed for the system.

5.3. PROSAF Facilities and Equipment

Construction of PROSAF's new office space on the second floor was completed this year. The new space has reduced crowding, thus contributing to better working conditions for all of the staff. PROSAF now also has a second meeting room and an office for consultants. Despite these improvements, further expansion may be needed due to the anticipated increase in the number of program staff.

Five new laptop computers were purchased to meet the growing needs of the PROSAF staff. In particular, the Community Facilitators were provided with laptops. Previously they had to travel to the Parakou office to write their activity reports and work plans. They are now able to do this work directly in the field. The facilitators will also use their computers to assist with data entry for the biannual mini-KAP surveys.

PROGRESS TABLES

6.1 Amélioration de la Planification et Coordination à Tous les Niveaux

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
Résultat 1.1. Concevoir et mettre en œuvre un plan de développement des capacités des agents de santé du Borgou et de l'Alibori pour une meilleure planification de l'offre des services de santé	Orienter et sensibiliser en AQ les autres responsables de santé de Banikaora, et Bembereke / Sinendé Former et mettre en place des équipes AQ de résolution de problèmes dans certains de nos CCS. Assurer la formation régionale en AQ au Niger Voyage d'étude en AQ au Niger et Maroc	Dans le cadre du développement de leurs capacités une centaine d'agents de santé ont participé à la conception, la mise en œuvre et l'analyse des données de l'EQGSS. Le staff de PROSAF et de la DDSP ont été orienté en AQ 51 responsables de centres de santé publiques et privés et membres de EEZS ont été orientés en AQ, puis les autres agents de santé des ZS de Banikoara et de Sinende/Bembèrèkè ont été orientés et sensibilisés en AQ. Elaboration des plans stratégiques des deux ZS précisant les énoncés de la vision et de la mission de chaque zone ainsi que les objectifs à atteindre 10 membres de PROSAF, DDSP et DNPS/MSP ont été formés sur l'AQ et les approches de résolution des problèmes en équipe à Niamey du 24 au 29 Juillet'00 ou un plan de mise en œuvre de l'AQ a été élaboré pour le Bénin . Le point focal AQ du MSP a fait une présentation sur le travail en équipe au CODIR élargi du MSP en septembre. Le spécialiste en AQ, et le reste du staff de PROSAF se sont concertés sur une approche réaliste de mise en place des équipes AQ dans les zones prioritaires couplées à l'intégration des SSF.	L'approche privilégiée par PROSAF pour améliorer les capacités est l'AQ. Cette approche met l'accent sur le travail en équipe, le leadership, les besoins et attentes des clients, les systèmes et l'utilisation des données. Ceci sera complété par les différentes formations plus spécifiques, telles que gestion financière et la supervision formative. Pour mettre en œuvre l'approche AQ dans les autres zones, les séminaires d'orientation et de sensibilisation en AQ et la formation proprement dite pour l'installation des équipes en résolution des problèmes seront reporter dans l'année prochaine. Le coaching sera privilégié dans les centres sélectionnés pour l'intégration services en attendant le temps et disponibilité des agents de santé pour les formations plus formnelles. Les voyages d'étude en AQ au Niger et au Maroc seront reporté à l'année 2001 et 2002

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
Résultat 1.2 : Développer des plans d'action opérationnels et stratégiques annuels en santé familiale en collaboration avec les partenaires des secteurs publics, privés et les bailleurs des Départements du Borgou et de l'Alibori	<p>Suivi des zones dans le processus de planification stratégique et opérationnelle</p> <p>Soutien à l'élaboration du plan de développement de la zone sanitaire Sinendé / Bemèbrèkè</p> <p>Elaboration des plans opérationnels et leur suivi</p> <p>Contribution à l'élaboration du Plan Directeur 2000-2002 de la DDS</p> <p>Soutien aux services d'études, programmation et documentation (SEPD)</p>	<p>Les résultats de l'EQGSS ont été disséminés</p> <p>Les axes stratégiques d'intervention aux niveaux DDSP et ZS identifiés au cours d'une table ronde des partenaires de la DDSP et le cadre de coordination et de collaboration entre partenaires par rapport aux axes stratégiques a été élaborée</p> <p>Le plan directeur triennal 1997-2000 de la DDSP a été évalué grâce au cofinancement des partenaires</p> <p>Le cadre synoptique du plan directeur triennal 2000-2002 de la DDSP a été déterminé au cours d'un atelier ZOPP et le plan 2000-2002 finalisé.</p> <p>Les budgets / programmes 2000 des zones ont été revus lors du CODIR élargi de mars 2000</p> <p>Les ateliers d' auto-diagnostic et d'auto-organisation au niveau des communes ont contribué à la collecte des données pour démarrer la planification zonale</p> <p>Les EEZS ont été formées à la méthode d'élaboration du plan triennal. Dans les zones sanitaires de N'dali/Parakou, Tchaourou, Sinendé/Bembèrèkè et Nikk /Kalale/Perèrè les cadres synoptiques des plans ont été élaborés</p> <p>La zone de Kandi /Gogounou/Segbana a demandé les documents et un appui technique pour élaborer son plan de développement de la zone.</p> <p>La carte sanitaire prospective de Sinendé/ Bembèrèkè a été élaborée au cours d'un atelier.</p> <p>Un diagnostic des besoins du SEPD a été fait</p>	<p>Les plans de développement des ZS seront élaborés dans les années à venir. Le département a privilégié les plans triennaux pour la planification stratégique à moyen terme.</p> <p>Dans le cadre de la mise en œuvre des ZS, promouvoir la signature d'un protocole d'accord entre le MSP et les hôpitaux confessionnels et associatifs identifiés comme hôpitaux de référence des ZS de Sinendé/Bembèrèkè, Tchaourou, et N'dali/Parakou</p>

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
Résultat 1.3 : Améliorer les procédures de collecte des données, aussi bien des institutions publiques que privées, sur les indicateurs de santé familiale reportés dans les départements du Borgou et de l'Alibori	<p>Révision des indicateurs du PROSAF</p> <p>Processus de planification avec DDS et partenaires</p> <p>Harmonisation avec indicateurs SNIGS et EQGSS et intégration des indicateurs de qualité pour monitorage</p> <p>Recherche d'une consultation pour le renforcement du système de monitorage et évaluation de PROSAF</p> <p>Faire le monitorage de façon continue avec les indicateurs choisis</p> <p>Mise en place d'un mécanisme de revue trimestrielle pour les plans et les indicateurs</p> <p>Elaboration du plan d'amélioration du système de collecte des données de SF dans le SNIGS</p>	<p>La revue documentaire des études et des rapports de monitorage a été faite</p> <p>Un Guide de Monitoring Trimestriel de la ZS prenant en compte les indicateurs du SNIGS, du PMP de PROSAF, et de l'USAID a été élaboré et validé. Le Guide, comme un appoint important à l'amélioration du SNIGS, a été introduit auprès des responsables du SNIGS . PROSAF a contribué à l'élaboration d'un guide de supervision du SNIGS au cours d'un atelier national de formation des équipes SEPD</p> <p>Le monitorage trimestriel dans les zones sanitaires de Banikoara et de Sinendé/Bembèrèkè ont été réalisés. Ce premier test d'opérationnalisation de la base de données de monitorage trimestriel a fait l'objet d'une analyse et les résultats ont été partagés avec les EEZS.</p> <p>Une base de données intégrant les éléments du monitorage trimestriel, des mini-CAP et démographiques a été créé</p> <p>Une enquête sur les besoins obstétricaux non-couverts (BONC) a été réalisée sous le financement conjoint des partenaires de la DDSP</p> <p>Les normes essentielles en PCIME, PF, CPN, MST/SIDA ont été conjointement définies par le SSF/DDSP et PROSAF</p> <p>Le Couple Année Protection 1999 pour les départements du Borgou et de l'Alibori a été calculé. Il est de 6257.</p> <p>Les données de base sur les indicateurs composites pour la gestion de la logistique des produits de</p>	<p>Un atelier de consensus sur le renforcement du monitorage couplé à la supervision aura lieu au début de 2001 avec les partenaires SEPD/DDP, PBA, PADS, UNICEF et la DRDS/MSP.</p> <p>Le CODIR élargi de la DDSP sera utilisé comme mécanisme trimestriel de revue des plans et des indicateurs</p> <p>Il reste à exploiter les données sur le BONC, faire le suivi des indicateurs, et faire le lien avec SONU.</p> <p>Meme avec le recalcul des indicateurs relatifs aux normes essentiels en PCIME, PF, CPN, MST/SIDA le niveau de performance reste à « 0 »</p>

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
		<p>santé familiale ont été collectées dans les départements du Borgou et de l'Alibori, y compris l'antenne ABPF de Parakou.</p> <p>Le processus de développement de la méthodologie du Mini-CAP a été entamé au cours d'un atelier avec les acteurs de terrain. Les résultats suivants ont été obtenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consensus sur l'utilité et la méthode de collecte des données du mini CAP semestriel est obtenu • Les 10 indicateurs du mini CAP sont validés et reformulés • Les prochaines étapes sous la forme d'un chronogramme ont été élaborées <p>Les questions d'échantillonnage sont en cours de validation avec d'autres expertises.</p> <p>Le plan de monitoring des performances (PMP) de PROSAF a été finalisé.</p>	
Résultat 1.4 : En collaboration avec les responsables du Ministère de la Santé et des partenaires concernés faire la revue des plans de décentralisation et faire des recommandations et appliquer les politiques et procédures acceptées dans les départements du Borgou et de l'Alibori.	<p>Clarification des mécanismes de décentralisation.</p> <p>Anticipation des changements dans les structures décentralisées.</p>	<p>La mise en œuvre des zones sanitaires et la dynamisation des COGEC a été identifiée comme éléments de décentralisation à appuyer.</p> <p>Les quatre ZS du Borgou sud (Tchaourou, Parakou/N'Dali, Sinendé/Bembèrèké, Nikki/Kalale/Perèrè) ont utilisé un processus participatif, décentralisé et cadré dans la méthode ZOPP pour élaborer leur plan triennal intégrant le développement institutionnel avec l'appui du PROSAF</p> <p>Dans l'intérêt de soutenir la mise en œuvre des zones sanitaires PROSAF a contribué dans 3 ateliers / forum nationaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La réflexion sur le système de référence et contre référence dans les zones sanitaires 	<p>Une réflexion sera menée avec le préfet et le DDSP pour déterminer la suite à donner à l'atelier sur le RAT et les Zones sanitaires.</p> <p>Dans à la mise en place des organes de gestion des ZS et des EEZS la nomination des médecins coordonnateurs des zones tarde l'installation des EEZS et les comité de santé. Malgré cette situation les équipes travaillent comme si elles étaient déjà officiellement constituées et installées.</p>

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
		<ul style="list-style-type: none"> • L'élaboration des modules de formation des EEZS • La restitution d'une étude sur l'harmonisation de la décentralisation (RAT), les zones sanitaires et la cogestion des services des santé. <p>Les textes de la Reforme Administrative et Territoriale (RAT) et de la reforme du système de santé ont été vulgarisés auprès d'une audience composée de médecins chefs, d'autorités administratives et communautaires sous l'égide du Préfet.</p>	
Résultat 1.5 : Mettre en place un système de coordination et jouer un rôle de leadership pour une gestion coordonnée des activités de santé financées par l'USAID dans le Borgou et l'Alibori. Résultat 1.6 : Participer au développement des plans de travail des projets de santé dans le Borgou et l'Alibori.	3ème et 4ème ateliers de concertation avec partenaires de USAID Planning conjoint avec partenaires USAID Suivi des recommandations pour la coordination et la collaboration Suivi de l'atelier de POLICY sur le SIDA	Les mécanismes de coordination et suivi entre partenaires et la DDSP se concrétisent : réunions mensuelles et CODIR élargi trimestriel avec les zones et le comité de suivi semestriel. Pour la première fois une revue semestrielle de tous les programmes partenaires de la DDSP a été réalisée. Des indicateurs ont été proposés pour un meilleur suivi à l'avenir. Cette revue a recommandé que les Zones Sanitaires soient associées à ce type d'activité annuellement et que soient poursuivis les efforts pour la constitution d'un stock régional des produits de santé familiale. (Cette réunion est la transformation du comité de suivi du PADS pour inclure tous les partenaires de la DDSP.) Les bases de collaboration et de coordination des partenaires USAID ont été arrêtées au cours des deux premières réunions de concertation. Avec FPLM un système/gestion d'approvisionnement «unique» avec les outils de gestion pour les MEG, les vaccins et les contraceptives a été réalisées. PROSAF a participé à l'atelier RAPIDE de	Suite à l'atelier RAPIDE, PROSAF va continuer la vulgarisation du document et la politique de DEPOLIPO à la demande de la DDP. La non-continuation de plusieurs projets financés par USAID posera une nécessité de réajuster certaines activités d'ici la fin de l'année et pour l'année prochaine pour assurer le maintien des acquis et le suivi des processus et résultats. Ces projets qui pourraient prendre fin sont : BASICS, POLICY, FPLM et GESCOM. En même temps la consolidation du programme USAID prend une forme plus globale que PROSAF et le rôle originellement prévu pour PROSAF comme coordinateur des projets financée par USAID changera. Les thèmes fédérateurs pour les programmes financés par USAID pour l'avenir sont Les approches communautaires, les partenariats avec le secteur privé lucratif et non-lucratif, PCIME et SONU.

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
		<p>POLICY relatif à l'impact de la population sur le développement.</p> <p>Les discussions sur les scénarios de collaboration et d'une éventuelle intégration des activités de BASICS à celles de PROSAF ont été entamées. Il y a à peu près un an pour la consolidation de cette collaboration.</p> <p>Un consensus a été obtenu avec PRIME sur le lien à faire entre BONC, SONU et AQ au cours de plusieurs séances de concertation avec la DDSP. Ces discussions ont aider dans la planification d'un test sur le terrain à Malanville.</p> <p>Une réunion de concertation entre UNICEF, PROSAF, le Directeur de l'hôpital Guéré et les médecins chefs de Sinendé/ Bembèrèkè a clarifié le financement du plan de développement de la Zone Sanitaire.</p> <p>Le financement des médicaments pour les premiers kits des ASBC par les Zones Sanitaires (EEZS, COGEC) et PAMR est acquis.</p> <p>Présentation de PROSAF au CODIR élargi du MSP avec les autres partenaires USAID été réalisé</p>	

6.2 Amélioration de l'Accès aux Services et Produits de SF/SMI/MST/VIH

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
Résultat 2. 1 : En collaboration avec le FPLM assister le MSP dans le développement et le renforcement du système de gestion de la logistique et approvisionnement (SLA)	<p>Réviser et renforcer le système de gestion logistique et approvisionnement en contraceptives et MEG</p> <p>Organiser un atelier de concertation sur un système logistique et approvisionnement</p> <p>Développer et harmoniser le SLA et les outils de gestion</p> <p>Organiser une formation à l'utilisation du SLA et des outils de gestion</p>	<p>Le sous-système organisation des services a été évalué au cours de l'EQGSS</p> <p>Un nouveau circuit de distribution des produits de SF a été développé et l'estimation de la quantité de chaque produit à commander pour constituer le stock départemental a été faite. Le niveau communautaire a été pris en compte par le nouveau pipeline du SLA des produits de SF</p> <p>Le curriculum de formation en gestion logistique a été adapté et les outils de gestion harmonisés pour les produits de SF. 7 formateurs départementaux ont été formés au nouveau système de gestion de la logistique contraceptive</p> <p>18 prestataires de la ZS Malanville/Karimama, de l'ABPF, et OSV Jordan et 25 prestataires de Parakou et N'Dali ont été formés en gestion logistique des produits de SF</p> <p>Les modalités techniques, administratives et financières de la mise en place du dépôt départemental des produits de santé familiale ont été définies en accord avec la DDSP, PROSAF, PADS, COGES, CAME. L'étude a commencé</p> <p>14 sous préfectures et circonscriptions urbaines des départements du Borgou et de l'Alibori y compris l'antenne départementale ABPF ont réalisé leur auto diagnostique à partir des nouvelles normes de la gestion de la logistique des produits de SF : Les indicateurs composites pour la gestion de la logistique ont été calculés</p>	<p>L'étude technique et financière du dépôt départemental des produits de santé familiale est à finaliser début 2001</p> <p>Assurer les autres sessions de formation des prestataires à la gestion de la logistique et l'approvisionnement avec cofinancement du PSP</p> <p>Suivre pour assurer la commande par la DDSP du stock départemental des produits de SF à la CAME</p> <p>Assurer l'aménagement du magasin devant abriter le stock départemental de produits de SF et l'organisation des mécanismes de fonctionnement</p> <p>Superviser, monitorer et documenter le SLA</p>

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
Résultats 2.3 : Etendre la disponibilité d'un paquet de services intégrés de SF dans les centres de santé publics et privés	Mettre en œuvre des plans de renforcement des capacités des structures publiques et privées à offrir des services intégrés. Ce plan comprend les étapes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer et valider des guides • Mettre en place des propositions d'intégration • Etendre des efforts d'intégration 	Un consensus sur la définition, le contenu et le processus de mise en œuvre de l'intégration des services a été réalisé. Des équipements médicaux techniques nécessaires au renforcement de la capacité des 26 centres de santé publiques et privés sélectionnés ont été remises à la DDSP. Un scénario en 3 phases a été discuté pour la mise en œuvre de l'intégration des SSF et AQ dans les zones de concentration.	La mise en place de l'intégration des SSF n'a pas bien démarré cette année. Le concept d'intégration n'est pas encore vulgarisé et les équipes de santé ne sont pas encore formées. Pour pallier au problème un autre plan de mise en œuvre de l'intégration des SSF couplées à l'AQ est proposé comme alternatif. Une stratégie ascendante plus active a été élaborée couplant l'intégration à l'AQ. Elle comprend : <ul style="list-style-type: none"> • L'élaboration du plan d'action des COGEC et CS incluant les préoccupations liées à l'intégration et l'AQ • La formation du personnel des CS et COGECs à l'AQ • Démarrage d'un processus de résolution rapide de problème en équipe pour adapter l'organisation de l'intégration SSF
Résultat 2.4 : En collaboration avec PSI ainsi que d'autres partenaires, développer et mettre en œuvre une stratégie pour accroître la distribution au niveau communautaire des produits de santé familiale dans les Départements du Borgou et de l'Alibori	Evaluation des progrès des SBC : voir activités sous Résultat Intermédiaire 4	Des discussions ont permis des échanges d'informations entre PSI et PROSAF sur les points de distribution des produits de santé familiale au niveau communautaire dans les départements du Borgou et de l'Alibori Des points potentiels de distribution des produits de SF ont été identifiés dans 16 communes des deux zones de concentration au cours des ateliers communaux d'auto diagnostique par les membres des communautés : 67 points potentiels (buvettes, marchés, vendeurs de denrées ou commerçants connus) de distribution des produits de santé familiale dans les ZS de Banikoara et de Bembèrèkè/Sinendé ont été recensés. 140 autres points potentiels de distribution des produits contraceptifs ont été ouverts dans 12 communes de la zone de non-concentration du PROSAF.	Il n'y avait pas d'activités spécifiques planifiées pour ce résultat. Mais compte tenu des activités SBC et celles relatives à la logistique, ce résultat a été abordé. Des activités spécifiques seront planifiées l'année prochaine. Par exemple nous allons harmoniser la liste exhaustive des points de distribution potentiels des produits de SF dans les deux ZS de concentration de PROSAF et finaliser la stratégie d'approvisionnement des points de distribution recensés avec PSI

6.3 Amélioration des Capacités des Agents de Santé à Offrir des Soins et des Services de Qualité

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
Résultat 3.1 : Aider le Ministère de la Santé dans l'adaptation et l'essai pilote de PCIME en collaboration avec BASICS	<p>Préparation pour la formation en PCIME :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réflexion avec BASICS et Africare • Sélection des zones pilote • Identification des agents à former • Activités préparatoires pour l'introduction de la PCIME 	<p>Le Borgou et l'Ouémé au niveau national sont les deux départements désignés pour expérimenter la PCIME</p> <p>Les deux Zones Sanitaires de concentration ont été retenues comme zones pilotes d'expérimentation dans les départements du Borgou et Alibori</p> <p>PROSAF s'est beaucoup investi dans les groupes de travail de PCIME Clinique et Néonatalogie, le groupe des Directives et Politiques, et le groupe Communautaire. Les réalisations dans ces groupes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la capitalisation des expériences en matière d'approche communautaire • l'identification des priorités retenues pour la PCIME en termes de tâches à confier aux relais • Les définitions des pratiques familiales clés <p>Plusieurs réunions ont été organisées pendant cette année, dont l'atelier de Bohicon où tous les groupes de travail ont présenté l'état d'avancement du travail au sein de leurs sous-groupes et l'atelier régional de Bamako sur la PCIME communautaire auquel le PROSAF a participé.</p> <p>PROSAF a participé à l'élaboration du manuel de formation de la PCIME dans le groupe consultation de l'enfant sain.</p> <p>Un questionnaire de recensement des besoins auprès des prestataires pour l'introduction de la PCIME a été élaboré, puis revu par des spécialistes de BASICS/Dakar. Il sera administré dans les formations sanitaires des zones de concentration.</p>	<p>Administrer le questionnaire de recensement des besoins pour l'introduction de la PCIME, aux agents identifiés pour la formation dans les zones de concentration.</p> <p>Les discussions avec BASICS, Africare et le niveau national ont continué sur la stratégie de communication à mettre en place au sein des communautés.</p> <p>N.B. Puisque le processus d'introduction de la PCIME est assez long, il a été prévu dans le plan de développement du système de formation continue et de supervision de s'atteler sur d'autres activités et d'attaquer la PCIME l'année prochaine.</p>

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
Résultat 3.2 : Assister le Ministère de la Santé Publique dans l'expansion du rôle des sages-femmes en y incluant des dispositions relatives aux soins d'urgence post-partum et néonataux avec l'assistance de l'USAID à travers le projet PRIME.	Mise en œuvre des actions SONU : <ul style="list-style-type: none">• Atelier de planification pour les actions SONU au niveau départemental• Développement des équipes SONU dans le Borgou et l'Alibori Développement des politiques, normes et standards en SONU et dissémination	Un plan d'action national de SONU a été élaboré en novembre 1999. Le plan départemental SONU a été élaboré Des discussions ont été faites avec l'association des sages femmes sur leur rôle dans la mise en œuvre des SONU. Une table ronde des bailleurs a permis l'identification des actions prioritaires pour le Borgou et l'Alibori. PROSAF a participé à l'élaboration du curriculum SONU à Akassato. Ce curriculum dont l'élaboration a été initiée par la DSF avec l'appui technique et financier de PRIME, est en cours de finalisation par PRIME. La zone sanitaire Malanville Karimama servira de zone pilote à l'utilisation des guides/protocoles SONU élaborés cette année	La plupart des actions SONU étant liée aux décisions du niveau central, leur évolution à la périphérie dépendra de l'avancement au niveau central. Une fois que le curriculum SONU sera disponible, les sages-femmes et même les aides soignantes, selon le cas seront formées, selon le plan d'action de 12 mois, élaboré en avril 1999. Les comités SONU au niveau des zones sanitaires feront parti du comité de formation continue (une fois installé), pour éviter la multiplicité des comités. Un programme pilote de partenariat communautaire pour renforcer la capacité des matrones sera développé avec PRIME et la DDSP. Continuer à chercher les mécanismes d'intégration des curriculum de formation des EEZS et des agents de santé en collaboration avec Le DSF, PRIME , le DDSP et les partenaires
Résultat 3.3 : Faire connaître aux agents de santé les politiques, normes, et standards de santé familiale.	Suivre les ateliers de dissémination des PNS/SF Orienter le staff de PROSAF aux PNS/SF Disséminer et suivre les protocoles et fiches sommaires de SF	110 agents de santé ont été orientés sur les Politiques Normes et Standards en Santé Familiale (PNS/SF) Le questionnaire de suivi de la dissémination des PNS/SF a été validé par le service de SF de la DDSP. Une échantillonage de 50% des formés a montré que 5% ont exécuté leur plan de diffusion des PNS/SF	Les protocoles déjà élaborés par la DSF avec l'appui technique et financier de PRIME n'ont pas encore été validés et disséminés. Dès qu'ils seront disséminés, ils le seront aussitôt dans notre département à travers les formations intégrées.
Résultat 3.4 : Evaluer les besoins de formation de tous les prestataires de soins de	Atelier de concertation pour le développement d'un système de formation continue	Les besoins de formation des prestataires ont été identifiés à partir des résultats de l'EQGSS	Installer officiellement et rendre fonctionnel le comité départemental chargé de la formation continue

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
santé du secteur privé et du secteur public et élaborer un programme de formation pour satisfaire ces besoins.	<p>Adaptation d'un curriculum « standard » en SF</p> <p>Adaptation d'un curriculum standard en gestion pour EEZS</p> <p>Test pilot du curriculum standard SF</p> <p>Appuis aux formations spécifiques dans les zones (counseling, assurance de qualité, logistique, supervision formative, SBC)</p> <p>Suivi des formations pour évaluation des performances</p>	<p>Les différentes activités de formation prévues pour les différents volets ont été recensées et insérées dans le plan de formation</p> <p>Un consensus a été réalisé sur le système de formation continue au cours d'un atelier</p> <p>Suite au retard de mise en place du comité départemental de formation et suite à la demande des ZS, les besoins plus spécifiques des zones de concentration ont été recensés et satisfaits. Ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 9 agents de santé (infirmiers et sages femmes) et 13 aides soignantes de ZS BKN ont été formés en technologie contraceptive et prévention des infections. • 2 infirmiers de santé, 15 aides soignants de la ZS Banikaora ont été formés en Maternité à moindre risque <p>Le plan de développement du système de formation continue et supervision ainsi que les standards de formation ont été élaborés et validés au cours d'un atelier avec les médecins chefs et la DDSP</p> <p>Le contenu ainsi que les étapes à suivre pour l'élaboration du curriculum intégré ont été définis</p> <p>Les éléments du contenu du curriculum de formation en gestion de la ZS ont été identifiés avec le CADZS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'élaboration du curriculum intégré sera bien avancé avec le dissemination des protocoles des PNS/SF. Ceci avec les modules pour les EEZS élaborés avec CADZS et les modules génériques tels que AQ, communication et organisations des services servira comme le curriculum standard et intégré.
Résultat 3.5 : Mise sur pied d'une équipe de formation régionale ayant pour compétence de fournir la formation sur le tas.	<p>Formation des formateurs en anadragogie</p> <p>Conception de programme de formation et suivi</p>	<p>Les membres du noyau départemental des formateurs ont été identifiés, mais cette première proposition a été remise en cause par le consensus sur le système de formation continue</p> <p>Le staff de PROSAF a été orienté aux techniques et outils de facilitation/formation</p>	La formation des formateurs en conception de formation et suivi ne sera pas fait avant 2002.

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
		<p>Le plan de développement du système de formation continue ainsi que des standards de formation sont validés</p> <p>De nouveaux critères ont été définis pour coopter les membres de l'EEZS dans le noyau départemental de formateurs et l'équipe a été constituer.</p> <p>L'équipe departmental des formateurs était former en andragogie.</p>	
Résultat 3.6 : Développer des moyens novateurs d'accroître le niveau de connaissance des agents de santé y compris l'accès facile et l'échange d'information sur la santé et les techniques	(Les moyens créatifs seront identifiés au fur et au mesure que les opportunités se présentent et font partie du développement du système de formation continue.)	<p>Une formation sur le tas des EEZS en analyse de données a été réalisée</p> <p>24 acteurs des MPT (Media Populaires et traditionnels), 3 agents de santé, 3 facilitateurs communautaires et 4 animateurs de radio locale ont été formés sur la PF selon la technique de formation basée sur le vécu</p> <p>Des supports vidéo et saynètes ont été utilisés dans la formation des COGEC et Agents de Santé.</p> <p>Un plan a été développé pour expérimenter la formation par tutorat des 3 sites pilotes de la ZS Sinendé/Bembèrèkè</p>	<p>Les moyens créatifs seront identifiés au fur et au mesure que les opportunités se présentent et font partie du développement du système de formation continue.</p> <p>En se basant sur l'expérience de PRIME au Maroc, nous envisageons la formation à distance à partir des manuels.</p> <p>Le spécialiste en AQ du PROSAF introduira la notion de coaching dans cette sous-préfecture et dans toutes nos zones de concentration.</p>
Résultat 3.7 : Assister la DDS dans la mise en place d'un programme de supervision formative pour les agents de santé dans le Borgou et l'Alibori Résultat 3.8 : Mise sur pied d'un système de rapport	Atelier d'adaptation / création des normes et procédures de qualité de gestion et systèmes Processus de création d'un manuel de procédure de gestion Atelier de renforcement des outils de monitorage et technique de	<p>Les performances du sous-système formation et supervision ont été analysées à la lumière des résultats de l'EQGSS</p> <p>L'EQGSS a montré que 31% des agents ont reçu une formation en santé familiale dans les 12 derniers mois et seulement 6% des centres ont reçu au moins 4 supervisions l'année précédente.</p>	<p>Le Compte rendu de l'atelier de consensus sur le système de supervision par le consultant au DDSP a abordé les prochaines étapes (test de la grille de supervision, élaboration du manuel, formation des superviseurs). Le DDSP a insisté sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nécessité de continuer le processus Le suivi du processus surtout du manuel de

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
dans le cadre du suivi de la formation et de la performance des agents de santé	supervision	<p>La 2^{ème} réunion de concertation sur le système de supervision initié par la DDSP et ses partenaires ont permis d'identifier les personnes qui doivent réfléchir sur la dynamisation de la supervision ainsi que les documents de référence</p> <p>La décision de faire recours à un consultant international pour relancer le processus de supervision a été prise au cours d'une réunion de CODIR</p> <p>Les attentes au niveau national concernant un système de supervision ont été recueillies</p> <p>Un consensus sur le système de supervision a été obtenu avec tous les acteurs au cours d'un atelier. Il porte sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition du concept de supervision et autres concepts inter reliés • Méthodes et pratiques de supervision • Profil et caractéristiques du bon superviseur • Les outils de supervision • Planification /programmation de la supervision selon le niveau • Rétro information et rapport de supervision <p>Un manuel de guide des formateurs a été rédigé</p>	<p>formation par le consultant.</p> <p>le manuel doit d'abord être prêt, puis un rapport sera envoyé au MSP avec sollicitation d'une rencontre</p> <p>La formation des EEZS aux méthodes et outils de supervision formative à partir du module produit aura lieu début 2001. Il reste à articuler la supervision avec le nouveau tableau de bord de monitorage des indicateurs Le système de rapport dans le cadre du suivi concerne le rapport de supervision qui doit permettre d'identifier les besoins de formation..</p> <p>PBA/SSP et UNICEF vont conduire un processus pour clarifier les éléments à inclure dans tableau de bord.</p>

6.4 Augmentation de la Demande et de l'Utilisation des Services, des Produits et des Mesures Préventives

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
Résultat 4.1 : Conduite d'une recherche quantitative et qualitative pour identifier les stratégies appropriées et les messages.	<p>Réaliser l'enquête CAP sur la SF :</p> <p>Réaliser une étude sur la dynamique de prise de décision pour la santé dans les familles avec FRONTIERS</p> <p>Réaliser une enquête qualitative complémentaire à l'enquête CAP</p>	<p>Analyse du sous-système IEC et des attentes des clientes et des communautés a été fait au cours de l'EQGSS</p> <p>Les données sur la capacité des media et canaux traditionnels (griots, troupes théâtrales, etc.) ont été collectées</p> <p>Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) en matière de santé familiale a été réalisée. Le draft du rapport de l'enquête CAP sur la SF est rédigé</p> <p>Une étude qualitative sur de la dynamique de prise de décision pour la santé dans les familles a été executé par FRONTIERS en collaboration avec PROSAF.</p> <p>Un atelier pour le dissémination des résultats des deux enquêtes a été tenu en novembre.</p>	<p>Exploiter les résultats des deux études pour finaliser des stratégies, outils et messages IEC/CCC adaptés (NB le retard dans l'exécution du CAP et la reprogrammation des recherches qualitatives pour l'année prochaine est principalement du aux problèmes pour recruter un consultant chercheur afin de faire l'enquête CAP. La recherche qualitative complémentaire au CAP sera associée à la résolution des problèmes en AQ dans l'année prochaine)</p> <p>Poursuivre la diffusion des messages élaborés par les médias traditionnels et populaires et d'autres canaux pour les trimestres à venir.</p>
Résultat 4.2 : Développer des matériels et messages sur la PF en utilisant par exemple les media traditionnels (danses, messagers, griots) dans l'information, l'éducation et les communications.	<p>Mettre en place un Noyau départemental IEC/CCC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finalisation de la stratégie IEC/CCC • Elaboration de plan de travail et suivi • Finalisation du catalogue sur les curricula, études et supports de communication : <p>Développer les supports IEC</p> <p>Organiser des mini campagnes IEC :</p>	<p>Un consensus sur l'IEC/CCC et une ébauche d'une stratégie IEC/CCC ont été obtenus</p> <p>Le Noyau départemental l'IEC/CCC est mis en place et est fonctionnel.</p> <p>Les Media Populaires et Traditionnels (MPT) ont été identifiés et formés. Des messages sur la PF et les mesures de protection des enfants contre les maladies ont été élaborés et diffusés par 7 groupes de MPT dans les 2 ZS de concentration. Les messages élaborés par les MPT ont été aussi enregistrés sur les cassettes et diffusés 2 radios locales.</p>	<p>La stratégie développée avec les MPT a été accélérée comme le CAP tarder et certains priorités ont été déjà perçues dans l'EQGSS</p> <p>La Conférence africaine sur le SIDA à Ouagadougou aura lieu l'année prochaine.</p> <p>Démarrer l'appui à l'élaboration d'un plan de diffusion des messages dans les zones de non-concentration par les AZ d'ABPF</p> <p>.</p>

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
	<ul style="list-style-type: none"> • Journée mondiale de la santé • Journée de l'enfant africain • Journée mondiale contre le SIDA • Journée nationale de vaccination <p>Participer à la Conférence africaine sur le SIDA à Ouagadougou</p>	<p>Le suivi sur le terrain de la diffusion des messages a été fait.</p> <p>PROSAF a apporté une assistance technique soutenue à l'élaboration des politiques et stratégies nationales IEC/CCC.</p> <p>Le Catalogue sur les curricula, études et supports de communication est finalisé et la reproduction est en cours.</p> <p>PROSAF a contribué à l'organisation de la journée mondiale de la population, la journée nationale de vaccination, et la journée mondiale contre le SIDA</p> <p>Les contrats avec les radios locales ont été signer.</p> <p>La formation en IEC/CCC des membres du noyau départemental et des représentants d'autres ONG éventuellement</p>	
Résultat 4.3 : Inclure les activités d'IEC et de conseil dans tous les cours de formation et de recyclage	Inclure l'IEC / CCC et le counseling dans les activités de formation continue	<p>Les besoins en IEC/CCC ont été validés par l'EQGSS.</p> <p>12 AZ/ABPF ont été formés en IEC/PF/CIP</p> <p>15 infirmiers et sages femmes de Banikaora sont formés en CIP suite aux discussions sur l'accueil</p>	Former les agents selon besoins et requêtes. Les besoins en formation seront complétés à partir des résultats de l'enquête CAP.
Résultat 4.4: En collaboration avec les autres projets, organiser les ONGs locales à former en IEC/CCC les travailleurs sociaux et les agents techniques d'agriculture pour leur implication dans les efforts d'information et	<p>Elaborer d'un plan IEC pour le renforcement des SBC</p> <p>Organiser la formation en IEC de 10 ONG et associations</p>	<p>Un curriculum IEC pour SBC élaboré pour le Réseau des ONGs Béninois du secteur Santé (ROBS) a été identifié Un réseau des formateurs formés par ROBS en IEC/CCC ont été identifiés</p> <p>Le plan IEC pour le renforcement des SBC été esquisssé dans le curriculum des ASBC élaboré en juillet 00</p>	

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
de sensibilisation des populations.		<p>12 AZ de l'ABPF ont été formés en IEC/PF en utilisant en partie le curriculum de ROBS</p> <p>29 pairs éducateurs (routiers, apprenties coiffeuses et couturières, travailleuses de sexe) ont été formés par l'ONG OSV Jordan avec l'appui de PROSAF</p>	
Résultat 4.5 : Intégrer les activités d'IEC dans les programmes opérationnels de développement à base communautaire dans la zone de concentration	Inclusion des activités IEC dans les plans d'action des COGECs.	<p>PROSAF a participé aux réflexions sur les activités IEC communautaires dans le cadre de la PCIME au cours de plusieurs ateliers.</p> <p>PROSAF a participé à l'élaboration de la politique et des stratégies nationales IEC.</p> <p>Cette activité est garantie avec l'élaboration des plans d'action des COGEC/COGES</p>	
Résultat 4.6 : Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités du personnel de santé à communiquer et mesurer l'impact des messages d'IEC		<p>Les curriculum de formation ont été collectés</p> <p>Les résultats de l'EQGSS pour le sous-système IEC ont été disseminés</p> <p>Un module sur la CIP a été élaboré et testé à Banikoara</p> <p>Un outil de mini CAP a été développé pour le suivi des messages IEC/CCC</p>	Il faut continuer la formation en counseling des agents de santé. Et elaborer unmodule pour l'évaluation des messages sur les comportements

6.5 Participation Communautaire

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
Résultat 5.1 : En travaillant avec d'autres partenaires, instituer des critères de sélection sur la base desquels identifier 2 ou 3 sous-préfectures.		Les trois sous-préfectures sélectionnées sont : Banikoara, Sinendé et Bembèrèkè	Ce résultat est complètement réalisé.
Résultats 5.2 : Assurer le suivi des autres paquets de résultats dans les centres de santé et communautés retenues tels que les activités de formation et d'IEC en matière de santé familiale, d'assainissement et des mesures de prévention			Ces résultats sont satisfaits dans les autres résultats et les façons dont les activités sont menées pour l'intégration.
Résultats 5.3 : Identifier les besoins en formation des centres de santé et des comités de gestion des centres de santé communautaires (COGES et COGEC) et renforcement de leurs capacités à gérer les ressources et à s'impliquer davantage dans les activités de vulgarisation.	Négociation de partenariat avec les communautés Formation continue des FC et AZ Auto-analyse et auto-organisation COGEC et des SBC : <ul style="list-style-type: none"> • Atelier de développement de vision, mission, et buts stratégiques et de définition des objectifs, des contenus et des méthodes • Ateliers d'auto-analyse • Mise en place des CVS • Remembrement des COGEC Ateliers d'élaboration des projets de plans d'action/budget y inclus les activités d'Assurance qualité	21 COGEC/COGES et 140 villages administratifs ont été orientés sur le PROSAF et ont tout exprimé leur accord de participer au programme. 4 sessions de formation des FC et AZ ont été tenues 37 ateliers communautaires ont été tenus à cet effet. Les champs de force de 21 COGEC et 3 COGES ont été analysés et leurs axes de renforcement identifiés 197 CVS ont été mis en place 21 COGEC/et 3 COGES ont été remembrés ou renouvelés sur ordre du MSP	L'orientation des communautés faite à travers 42 réunions communales et 291 réunions villageoises ont connu la participation de 1538 personnes (membres COGEC et leaders) dont 237 femmes au niveau commune, et 12505 personnes dont 3129 femmes au niveau village. Les ateliers d'auto-diagnostic se sont entièrement déroulés en Bariba et ont connu la participation de 1989 représentants des communautés dont 332 femmes. Les guides pédagogiques élaborés par les FC, AZ et leurs personnes ressources ont été soumises à l'appréciation des EEZS et des chefs de postes de santé. Les formations spécifiques seront incluses dans les plans d'action en élaboration et

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
	<p>Formation continue des COGEC, CVS et COGES</p> <p>Mise en œuvre des plans d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre de la SBC • Atelier de capitalisation SBC • Recrutement des ASBC • Formation des formateurs ASBC • Formation des ASBC • Equipement et déploiement des ASBC • Voyage d'études au Burkina ou Mali pour AS/ COGEC • Suivi des ASBC • Définition et mise en place d'un système communautaire d'évaluation des progrès • Diffusion des résultats au niveau communautaire <p>Formation sur des thèmes spécifiques liés à la décentralisation et la participation communautaire</p>	<p>Un consensus sur le modèle de services à base communautaire dans le Borgou a été fait</p> <p>217 ASBC ont été désignés dans 16 communes (soit 76% de la zone d'intervention.)</p> <p>Un guide d'animation du processus d'élaboration de plan d'action et de budget des centres de santé a été élaboré</p> <p>Un consensus a été fait sur les procédures et les stratégies de planification au niveau commune avec les EEZS et les agents de santé de Banikoara et Sinendé/Bembèrèké.</p> <p>Deux modules de formation à l'intention des membres des COGEC/COGES et CVS ont été élaborés. Ces modules portent sur les thèmes suivant : les Soins de Santé Primaires, les rôles et responsabilités des membres des structures de cogestion, la tenue efficace des réunions et l'élaboration des Procès Verbaux de réunion</p> <p>Les plans et budget seront élaborés le prochain trimestre</p> <p>Le guide pédagogique pour l'auto-diagnostique sanitaire a été adapté par les facilitateurs communautaires aux spécificités des zones de non-concentration à l'intention des EEZS et les AZ de l'ABPF</p> <p>Le curriculum de formation des ASBC a été adapté. La diarrhée, la planification familiale, le paludisme, les MST/SIDA, la nutrition, l'hygiène et assainissement, l'Animation et la Gestion sont les thèmes qui ont pris en compte.</p>	<p>exécutés en 2001.</p> <p>L'Atelier d'adaptation du curriculum a connu la participation du niveau national qui attend le document pour le prendre en compte au cours d'un atelier national de validation.</p> <p>La restriction dans le nombre les communes qui pourraient démarre les SBC a été commandée par le fait que chaque zone sanitaire devra financer ou cofinancer l'achat des médicaments pour les ASBC</p> <p>Compte tenu de la disponibilité des différents acteurs intéressés et compétents, et de la relecture des textes de cogestion la formation sur la décentralisation sera reportée en 2001</p>

Résultats attendus	Activités planifiées pour l'année	Activités réalisées au cours de l'année	Observations
		<p>Les EEZS ont procédé au choix de 7 complexes communaux de santé qui feront partie de la première vague à mettre en œuvre la SBC soit moins de 50% des prévisions.</p> <p>La formation des formateurs ASBC et la formation de 50% des ASBC ont été réalisés</p>	
Résultats 5.4 : Recommander et financer des interventions durables au niveau des communautés en utilisant des approches innovatrices pour accroître la participation communautaire dans les domaines tels que les prestations de services de santé, la fourniture et la distribution des produits de la santé familiale, et le renforcement de la prise en charge des services liés à la santé familiale comme l'assainissement et la prévention des maladies		<p>Un consultant a recensé les approches prometteuses et assisté PROSAF à faire un modèle de financement des activités génératrices de revenus (AGR) en décembre.</p>	L'harmonisation des stratégies AGR de PROSAF avec d'autres approches dans la région se poursuivra dans le premier trimestre 2001 avec la proposition d'un modèle.

7. PROSAF 2001 WORK PLAN

	ACTIVITES	ANNEE 2001												RESP
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Gestion du Projet														
Atelier de team-building				x					x					lw
Mise à jour des milestones de performance					x			x				x		lw
Développer un plan de travail annuel											x	x		lw
Préparer le rapport annuel											x	x		lw
Préparation du rapport trimestriel	x		x	x		x	x		x	x		x		ms
Monitoring avec des indicateurs du PMP	x		x			x			x			x		ms
Réunion mensuelle technique	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	lw
Réunion de programmation (PROSAF et DDSP)	x			x		x			x		x			lw
Développer des visites d'échanges d'expériences				x	x			x	x		x			lw
VOLET 1 : Amelioration de la planification et coordination à tous les niveaux														
<i>Les suivis / supervisions dans ce volet seront à raison de 10 jours (lw) et 24 jours (ag) par trimestre avec 2 staff PROSAF et 2 personnes noyau ou DDSP</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	lw et ag
Résultat 1.1: Développer et mettre en œuvre un plan pour accroître la capacité des agents de santé du Borgou aux niveaux départemental et des zones sanitaires														
Elaborer un plan de renforcement des capacités en gestion			x											lw
Mettre en œuvre et suivre le plan de renforcement de la gestion à travers les requêtes ou programmations CODIR						x			x			x		
Trois sessions de formation des agents de santé et des EEZS en AQ et résolution des problèmes dans les zones de concentration et les autres zones				x	x			x			x			ag / ci
procédures de gestion des ressources humaines afin d'améliorer la motivation et l'engagement des prestataires (ex. description de poste)							x							lwc/cl
Revue des outils et organisation/ préparation de l'évaluation de la qualité de la gestion du système sanitaire (EQGSS)											x	x		ms /ci
Deux ateliers et sessions de coaching pour développer les compétences en leadership pour tous les niveaux					x			x						lw /ci /cl
Assistance aux EEZS dans l'élaboration d'un manuel des procédures standardisées de gestion dans les zones sanitaires							x	x	x	x	x	x		ag / cl
Résultat 1.2: Développer des plans stratégiques et opérationnels en santé familiale en collaboration avec les partenaires publics et privés														
Seances de coaching sur site de travail pour le développement des compétences des agents de santé en planification, mise en place et évaluation des activités.			x	x	x		x	x		x	x			tous - voir chaque volet
Deux ateliers de concertation et planification pour impliquer les responsables HZ dans le processus de planification des EEZS							x			x				ms /cl
Identifier les besoins en ressources matérielles et assistance technique pour appuyer EEZS en ressources dans la mise en œuvre de leurs PA (pendant les CODIR élargis départementaux)				x			x			x				lw
Participer aux séances de concertation avec les EEZS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		ms

PMIS: paquet mini intégré de services

ci: consultant international

cl: consultant local

	ACTIVITES	ANNEE 2001												RESP PRIN
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
	Adapter les outils du SNIGS à l'offre intégrée de services du PMA de SF --- à ajouter au tableau de bord des zones			x	x									ag / cl
	Superviser la collecte des données, l'analyse et utilisation (monitoring, supervision, mini CAP) trimestriellement et/ou semestriellement	x			x			x			x			ms
	Former la DDS et les EEZS à l'archivage des documents (Materiel d'archivage par centre)				x	x					x			mora/ cl
	Assistance technique et formation pour renforcer le SEPD dans la collecte, l'analyse et la retro-information du SNIGS	x		x			x				x			ms /cl
	Résultat 1.4: Revue des plans du Ministère de la Santé pour la décentralisation des pouvoirs et responsabilité et application des politiques de décentralisation													
	Atelier pour informer les EEZS et le comité de santé de leurs droits et leurs devoirs (<i>voir l'atelier sous Résultat 5.3</i>)					x	x							ms
	Résultat 1.5 : Mettre en place un système de coordination et jouer un rôle de leadership pour une gestion coordonnée des activités de santé financées par l'USAID dans le Borgou et l'Alibori													
	Résultat 1.6: Participer au développement des plans de travail des projets de santé dans le Borgou et l'Alibori													
	Réunion mensuelle des partenaires de la DDSP	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	lw
	CODIR elargi departemental			x			x			x			x	lw
	Comité Départementale d'Evaluation et Suivi des Projets					x							x	
	Comité de suivi semestriel de la DDSP			x			x							lw
	Retraite avec la DDSP					x					x			lw
	Suivre la mise en œuvre des activités conjointes avec les partenaires financés par USAID <i>voir les activités surtout dans les volets 2, 3, 4 et 5</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	lw
	VOLET 2 : Amélioration de l'accès aux services et produits de SF/SMI/MST/HIV													
	<i>Les suivis / supervisions dans ce volet seront à raison de 15 jours par trimestre avec 2 staff PROSAF (ms) et 2 staff DDSP</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ms
	Résultat 2.1: Aider le Ministère de la Santé à développer un système national de gestion de la logistique													
	Appuyer la création du dépôt départemental MEG/PC/Vaccins	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		ms
	Séances de travail avec commission restante pour intégrer le système de logistique et d'approvisionnement dans les zones sanitaires			x	x		x							ms
	Résultat 2.2 : Améliorer l'approvisionnement et la distribution des produits à travers le Borgou et l'Alibori													
	Séances de travail sur site pour indicateurs composites pour assurer le suivi et l'évaluation du système de gestion de la logistique									x	x	x	x	ms
	Appliquer les techniques d'amélioration du processus à la logistique avec les équipes AQ dans les zones			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ag / ms
	Résultat 2.3 : Etendre la disponibilité d'un paquet intégré de services de Santé Familiale pour le secteur public et privé													
	Former les prestataires sur le contenu de l'intégration des services (définition, organisation, mise en œuvre, gestion) <i>voir les formations / activités sous volet 3</i>				x	x	x	x	x	x	x	x		sk

PMIS: paquet mini intégré de services

ci: consultant international

cl: consultant local

	ACTIVITES		ANNEE 2001												RESP PRIN ag / ms /lw / tk sk
			J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
	Utiliser l'AQ et d'autres techniques pour étendre l'offre des services l'intégrés au sein des cliniques publique et privées				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	/lw / tk sk
	Identifier les besoins en personnel à former, équipement, réaménagement des espaces pendant visites terrain et les CODIR elargis departementaux					x			x			x			lw / ag
	Assurer le coaching des AS et EEZS et développer les attitudes favorables et le réflexe chez les prestataires pour intégration	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	tous
	Soutenir les stages des AS à la polyvalence dans les hôpitaux confessionnels						x		x	x	x	x			sk
	Atelier pour finaliser et vulgariser les guides PMIS (outils aide mémoire)							x							sk
	Atelier et suivi pour aider les EEZS à mettre en place un système de référence et contre référence avec l'HZ										x				ms
	Résultat 2.4 : En collaboration avec PSI et d'autres partenaires développer et mettre en œuvre une stratégie pour accroître la distribution des produits de santé familiale au niveau communautaire dans le Borgou et l'Alibori														
	Développer des stratégies CCC complémentaires à PSI					x	x	x				x	x	x	ms
	Compléter la base de données des points de distribution avec PSI			x	x										ms
	Commander et distribuer l'équipement complémentaire des ASBC			x	x	x	x	x	x						lw / tk
	BASICS : atelier adaptation curriculum ASBC pour le PMA/nutrition	x													tk / ea
	Supervisions et collecte des données routines			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	tk / ag
	Deux formations des formateurs ASBC en 1er paquet services y incluant la supervision (à impliquer CARE et PROLIPO)			x		x									tk / sk
	Huit (8) formations des ASBC du 2ème vague				x	x	x	x	x	x					
	Recyclage des ASBC du 1er vague	x	x	x	x	x	x								tk
	Supervision et suivi régulier des ASBC (<i>voir les forfaits trimestriels pour les suivis par volets</i>)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	tk
	Formation des ASBC dans le méthodologie du mini CAP					x									ms / ci
	Trois formations des formateurs 2e paquet de services incluant la PCIME et les SONU (PROLIPO et CRS)						x	x							tk / sk
	18 Formations des ASBC 2e paquet de services incluant la PCIME et les SONU et recyclage (PSEO et PROLIPO et CRS)							x	x	x	x	x	x		tk
	VOLET 3 : Amélioration des capacités des agents de santé à offrir des soins et des services de qualité														
	<i>Les suivis / supervisions dans ce volet seront à raison de 15 jours par trimestre avec 2 staff PROSAF et 2 personnes noyau ou DDSP</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	sk / ag /cl / ci
	Résultat 3.1 : Aider le Ministère de la Santé dans l'adaptation et le prétest de la PCIME en collaboration avec BASICS														
	Identifier des sites pilotes de formation pour la PCIME et étudier les solutions d'acceptation possibles	x	x												sk
	Coordonner avec PROLIPO / AFRICARE et CRS les interventions communautaires et lancement PCIME (<i>voir les curriculum ASBC et autres agents relais de BASICS</i>)			x	x	x									sk / tk
	Formation des formateurs PCIME avec PROLIPO					x			x						/cl / ci

PMIS: paquet immédiat de services

ci: consultant international

cl: consultant local

	ACTIVITES		ANNEE 2001											RESP PRIN	
			J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N		
	Formation des AS dans les zones de concentrations B/A en PCIME classique							x				x		sk / ag /cl / ci	
	Former l'équipe du site pilote sur la PCIME et AQ (curriculum intégré et formation par tutorat)							x	x	x	x			sk	
	Former les tuteurs pour la formation par tutorat					x	x							sk	
	Seance de travail pour développer un plan d'extension de la formation sur la PCIME											x		sk	
	Résultat 3.2: Assister le Ministère de la Santé dans l'expansion du rôle des sages-femmes en y incluant des dispositions relatives aux Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU) avec l'assistance de l'USAID à travers le projet PRIME														
	Identifier des sages-femmes et les infirmiers pour la formation SONU					x								sk	
	Deux formations des sages-femmes et infirmiers en soins d'urgence et AQ/GQ (curriculum intégré)								x	x				sk	
	Suivi des formations											x	x	x	sk
	Intervention communautaire SONU à determiner avec PRIME : atelier de planification et atelier d'analyse des resultats (zones de concentration -- les suivis sont inclus dans les suivis trimestriels)			x	x	x	x	x	x	x	x				
	Résultat 3.3 : Disséminer les normes, standards et protocoles de santé familiale auprès des agents de santé														
	Disséminer les protocoles SF à travers la formation au PMS intégré (<i>voir les formations curriculum intégré</i>)					x	x	x	x	x	x	x	x	sk	
	Assurer l'application des protocoles à travers la supervision				x	x	x	x	x	x	x	x	x	sk	
	Résultat 3.4: Evaluer tous les besoins de formation des prestataires du secteur public et privé et développer un plan pour rassembler ces besoins														
	Atelier pour l'élaboration d'un plan annuel de formation départemental et zonal (avec le comite de suivi et formation continue)			x								x		sk	
	Réunions de consensus, planification avec PRIME (pour SONU et protocoles SF)	x	x	x			x		x	x				sk	
	JHPIEGO consultation/participation dans les formations <i>Voir les activités spécifiques</i>			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	sk	
	Ateliers et seances de travail de préparation du curriculum intégré, incluant le PMIS et AQ plus gestion (avec l'équipe déparmentale de formateur)			x	x	x	x	x						sk / ag /cl / ci	
	Formations AS en utilisation des protocols /SF						x	x	x	x				sk / cl	
	Tester le curriculum intégré dans les zones de concentration								x	x	x	x		sk	
	Etendre l'utilisation du curriculum intégré										x	x		sk	
	Former la DDS dans la gestion efficace et efficiente de l'utilisation du temps (en même temps que la retraite)				x									lw	
	Formation en technologie contraceptive (infirmières et sage-femmes)				x				x					sk / cl	
	Formation en prevention des infections (aides-soignantes)			x				x						sk / cl	
	Formation en DIU prevention des infections (sage-femmes)				x				x			x		sk / cl	
	Résultat 3.5: Mettre en place une équipe régionale de formation avec les aptitudes nécessaires en matière de formation														
	Formation "in-service" pour l'équipe régionale de formation sur les compétences en élaboration des curricula et méthodes novatrices de formation											x		sk	

PMIS: paquet mini intégré de services

ci: consultant international

cl: consultant local

	ACTIVITES	ANNEE 2001												RESP		
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
	Résultat 3.6: Développer de nouvelles voies pour accroître les niveaux de connaissance des agents de santé en santé familiale en prenant en compte l'accès et l'échange faciles des informations sanitaires et techniques															
	Conduire recherche operationel sur les nouveaux moyens d'accroissement des connaissances des protocoles SF(formation classique/avec aide memoire, formation à distance, formation par tutorat) A <i>organiser avec PRIME</i>				x		x	x	x				x	x	ccc	
	Formations sur le tas des activités du PMI des services avec les EEZS pendant les visites terrain et suivis			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	sk / ms/ag	
	Résultat 3.7: Assister la DDS à développer un plan de supervision formative pour les agents de santé des Départements du Borgou et Alibori															
	Séances de travail pour la préparation de la formation en supervision		x	x												
	Former l'équipe de la DDS et les EEZS aux techniques de supervision formatives				x	x	x								lw / ag /ci	
	Mettre en œuvre et contrôler le système de supervision amélioré avec les compétences des EEZS en coaching pour monitorer les performances de qualité				x	x	x	x		x		x			lw / ag	
	Résultat 3.8 : Développer un système de monitoring de la formation et la performance des agents de santé.															
	Constituer des équipes d'AQ au niveau communautaire et zonal (avec les suivis des formations en AQ)		x	x	x	x					x	x			ag	
	Former les équipes en AQ avec les nouveaux protocoles intégrés (<i>c.f. formation en utilisation des protocoles et curriculum intégré</i>)				x		x		x			x		x	sk	
	Suivi et évaluation de la mise en œuvre du PMIS			x		x		x		x		x		x	sk	
	VOLET 4 : Augmentation de la demande et de l'utilisation des services et produits de SF/SMI/MST/VIH SIDA et mesures préventives (Toutes les activités IEC/CCC seront conduit avec le Noyau Départemental IEC/CCC)															
	<i>Les suivis / supervisions dans ce volet seront à raison de 15 jours par trimestre avec 2 staff PROSAF et 2 personnes noyau ou DDSP</i>		x	x		x	x		x	x		x	x		ea / mora / ccc	
	Résultat 4.1 : Conduire une recherche formative et qualitative pour identifier des stratégies et messages appropriés															
	Faire du recherche qualitative pour combler les vides et déterminer les priorités locales en matière de questions sanitaires. Identifier les voies souhaitées de réception de l'information en association avec les équipes AQ.			x	x	x			x	x	x				ccc ou ci avec ea	
	Analyse des résultats du recherche qualitative pour élaborer des interventions de CCC						x								ccc ou ci	
	Résultat 4.2 : Elaborer et tester des matériaux et messages spécifiques sur des thèmes de planification familiale utilisant par exemple les média traditionnels (danseurs, crieurs publics, griots) en information, éducation et communication															
	Atelier de conception de supports de communication:avec les artistes						x								ea / cl	
	Mini-campagnes (Evenements pour les journées mondiales et/ou nationales sélectionnées)				x			x			x	x	x		ea	
	Atelier de formation des formateurs des MPT en élaboration de messages.					x									ea / BASICS	
	PMIS et autres instruments de suivi et évaluation				x	x	x								ea / fac	

ci: consultant international

cl: consultant local

	ACTIVITES		ANNEE 2001												RESP
			J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
	Presentations des campagnes MPT		x					x	x	x			x	x	ea
	Ateliers pour coordonner la presse et les radios locales pour concevoir 2 campagnes de 6-8 semaines pour appuyer le travail des réseaux de média populaires et traditionnels					x			x				x		ea ccc /ci
	Concevoir un feuilleton pour la radio et diffuser			x	x	x	x	x	x	x	x	x			/cl
	Produire du matériel de communication (affiches, cassettes audios, depliants, videos) à distribuer dans les centres de santé					x	x	x				x			ea
	Résultat 4.3 : Inclure l'IEC et le counseling dans tous les cours de formation continue et formation de base														
	Formations des EEZ en intervention CCC et CIP							x			x				ccc /ci /cl
	Intégrer IEC/CCC à la formation continue et intégrée existante à travers les ateliers et les supervisions (une activité continue).					x	x	x	x	x	x	x	x		ea
	Résultat 4.4 : En collaboration avec BINGOS, HEPS et d'autres projets, organiser les ONG locales à former les agents sociaux, les agriculteurs en IEC santé														
	Atelier d'adaptation des outils de supervision pour ASBC / IEC avec les ONGs (CARE-ROBS)					x					x				tk / ea
	Poursuivre et fournir une assistance supplémentaire si besoin									x	x				ea
	Résultat 4.5 : Inclure les activités d'IEC dans des programmes opérationnels de développement à base communautaire														
	Informer d'autres groupes sur les ressources IEC disponibles et les assister à développer les activités (surtout les AZ dans les zones de non-concentration)		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ea / ccc
	Résultat 4.6 : Elaborer et poursuivre un plan d'accroissement de la capacité des agents de santé à développer, communiquer et mesurer l'impact des messages IEC														
	Atelier de consensus sur le plan stratégique BCC et développement du plan de travail du Noyau IEC.				x										ea
	Former les agents en techniques/outils de communication et évaluation des messages:							x			x		x		ccc /ci /cl
	VOLET 5 : Participation Communautaire														
	<i>Les suivis / supervisions dans ce volet seront à raison de 24 jours par trimestre avec 2 staff PROSAF (tk et ib) et 1 staff DDSP</i>		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	tk / ib
	Résultat 5.2: Faire le suivi d'autres paquets de résultats avec les centres de santé et communautés choisies, tels la formation et les activités IEC en santé familiale, santé environnementale et les mesures de prévention.														
	Faire le suivi continu des plans d'action de CCS/COGEC/COGES/CVS y compris des activités d'Assurance Qualité au niveau des communautés, des AGR et des activités de CCC		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	tk / fac
	23 ateliers communautaires de revue a mi-parcours des plans et de financement des AGR							x	x					x	tk / fac
	Quatre sessions périodiques de planification et de coordination des activités de terrain dans la zone de concentration			x			x			x			x		tk

PMIS: paquet mini intégré de services

ci: consultant international

cl: consultant local

	ACTIVITES	ANNEE 2001												RESP PRIN
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
	Quatre sessions périodiques de planification et de coordination des activités de terrain dans les zones de non- concentration	x			x			x			x			ib
	Mini CAP						x							ms
	Faire le suivi des AGR							x	x	x	x	x	x	tk / fac
	Résultat 5.3 : Identifier les besoins de formation des COGES et COGEC et renforcer leurs capacités à gérer les ressources et s'impliquer davantage dans la prévention de la santé et des services "outreach."													
	23 ateliers d'évaluation et d'élaboration des PA/budget pour les CVS/COGEC/COGES										x	x	x	tk
	Elaboration des critères de sélection des ONG locales pour la formation des CVS/CLV et sélection des ONG			x										tk
	Adaptation des modules de formation des CVS/CLV			x										tk / ci
	Formation des formateurs (technicien des ONG) des CVS/CLV			x										sk / ci
	70 sessions de formation recyclage des CVS/CLV			x	x									tk
	10 sessions de formation des COGEC/COGES en gestion des ressources financières, matérielles et humaines								x	x				tk / fac
	Formation des COGEC/COGES en santé, tenue efficace de réunion, structuration et mise en œuvre des activités de promotion de la santé				x	x	x		x					tk / fac
	Développer les capacités des COGEC/COGES à la résolution des problèmes de santé familiale à travers la mise en œuvre de 84 cycles de résolutions de problèmes	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ag
	Développer les capacités des CVS/COGEC/COGES à la coordination au sein de la communauté	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	tk
	Appliquer la stratégie de qualité design sur les normes d'accueil et les SONU.					x	x							ag / ci
	21 rencontres de définition des mécanismes de motivation des acteurs de santé				x		x	x		x		x		tk
	Informer et renforcer les comités de santé dans leur rôle d'administrateur des zones sanitaires						x	x						ms
	Résultat 5.4: Recommander et financer les interventions durables au niveau communautaire utilisant de nouvelles approches pour accroître la participation communautaire dans les domaines tels la fourniture de services de santé, l'approvisionnement et la distribution des produits de santé, renforcement de la gestion des services de santé communautaire, promotion de la santé environnementale et prévention des maladies.													
	Restitution des propositions de financement des AGR				x									tk
	Atelier de consensus sur le modèle de financement des AGR avec les COGEC et EEZS					x								tk
	23 ateliers communautaires de mise en place et d'orientation des structures communautaires de gestion des fonds pour AGR							x	x	x				tk
	Formation des Facilitateurs Communautaires sur la structuration des AGR						x							tk / cl
	12 sessions de formation des bénéficiaires des financements à la gestion des AGR							x	x	x	x	x	x	tk
	Octroi des financements							x	x	x	x	x	x	tk
	Suivre le fonctionnement du système mis en place							x	x	x	x	x	x	tk

PMIS: paquet mini intégré de services

ci: consultant international

cl: consultant local

ANNEXES

- ANNEX 1: Primary Accomplishments by IR
- ANNEX 2: DDSP Summary Planning Table
- ANNEX 3: Summary of Zone Planning Process
- ANNEX 4: First Semester Monitoring Summary
- ANNEX 5: Logistics Management System Implementation Plan
- ANNEX 6: Logistic Management System Pipeline
- ANNEX 7: Community-Based Services Model
- ANNEX 8: CBSA Curriculum Outline
- ANNEX 9: Supervision Checklist
- ANNEX 10: In-Service Training Database Outline
- ANNEX 11: National IEC Strategy Outline
- ANNEX 12: Summary of PMP Indicators and Results for 2000

ANNEX 1

Primary Accomplishments According to USAID Intermediate Results

PROSAF Primary Accomplishments According to USAID Health Intermediate Results

IR 1: Improved Policy Environment	IR 2: Increased Access to Family Health Services and Products	IR 3: Improved Quality of Family Health Management and HIV/AIDS Prevention Services	IR 4: Increased Demand for and Practices Supporting Use of Family Health Services and Products and HIV/AIDS Prevention Measures
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Evaluated 1997-1999 DDSP three-year plan as a basis for departmental planning 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Revised the system of logistics management for family health products, including a departmental warehouse 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Introduced quality assurance at all levels of health system 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Carried out survey on family health knowledge, attitudes and practices
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Developed vision and mission statement of the new DDSP three-year Strategic Plan (2000-2002) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Trained more than forty health workers to use the new logistics management tools 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Obtained consensus on in-service training and the introduction of formative supervision for family health 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Trained traditional and popular media to develop and organize the diffusion of messages on family planning and child health
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Developed three-year strategic plans for four health zones based on community inputs and strategic directions identified in the Management Assessment 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Trained health workers and community members in the use of FPLM composite indicator scoring tool for effective management of family health products 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Developed the training module for formative supervision 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Supported DDSP in organization of World Health Day, World Population Day, National Vaccination Days, and World AIDS Day activities in the Borgou/Alibori
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Developed and implemented Quarterly Data Monitoring Guide 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Developed consensus on the definition of integrated family health services 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Established a performance monitoring system to strengthen and reinforce skills acquired through training 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Created demand by health workers to learn local languages
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Disseminated information on decentralization throughout the departments 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Developed CBSA training curriculum, and trained 20 CBSA Trainers and 115 CBSA 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Organized training sessions based on specific needs identified by health care providers 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Assured integration of community priorities into zone level strategic plans
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Established planning and coordination mechanisms with the DDSP, partners and HZMT 		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Established the departmental training team and trained them in adult learning methods 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Assured significant participation of women (13%) in self-assessment workshops

IR 1: Improved Policy Environment	IR 2: Increased Access to Family Health Services and Products	IR 3: Improved Quality of Family Health Management and HIV/AIDS Prevention Services	IR 4: Increased Demand for and Practices Supporting Use of Family Health Services and Products and HIV/AIDS Prevention Measures
◆ Introduced IMCI as an integrated approach to maternal and child care in the community, and integrated IMCI community norms into the CBSA curriculum		◆ Developed curriculum on interpersonal communication and held initial training for 18 health workers	
◆ Evaluated the content, dissemination and use of MOH policies, norms and standards		◆ Established Departmental IEC/BCC Committee and trained members in communication techniques and strategies	
◆ Assessed community participation in health service management through COGEC/COGES self-assessment, and taught skills in planning and management			
◆ Conducted a study of income generating activities in Benin and recommended a model to be used in the Borgou/Alibori			

ANNEX 2

DDSP Summary Planning Table

TABLEAU SYNOPTIQUE DE PLANIFICATION (TSP)

Intitulé du projet: Direction Départementale de la Santé Publique du Borgou - Parakou, Benin
Durée Présumée: Janvier 2000 - Décembre 2002
Date d'Etablissement du TSP : 26 mai 2000 à Kandi

Description Sommaire	Indicateurs (Objectifs et Résultats)	Sources de Vérification	Suppositions Importantes
<u>Objectif global :</u> L'état de santé des populations du Borgou et de l'Alibori est amélioré	Réduction de X% le taux de mortalité maternelle Réduction de X% le taux de mortalité infantile	EDS Enquête	
<u>Objectif de développement :</u> Des zones sanitaires sont fonctionnelles en vue d'assurer une meilleure prise en charge sanitaire de l'ensemble des populations du Borgou et de l'Alibori	7 zones sanitaires fonctionnelles d'ici l'an 2000 (Critères de fonctionnalité à définir)	Rapports périodique de la CADZS	
<u>Objectif du projet :</u> La performance de l'appui de la DDSP/B aux structures sanitaires est améliorée	OP1 : Les besoins en personnel suivant la liste définie par niveau sont satisfaits à 50% d'ici 2000 OP2 : 100% des médicaments sentinelles par niveau sont disponibles OP3 : 80% des supervisions attendues dont réalisées selon les critères définies	Etat d'effectif personnel 1. Rapport de monitoring 2. Rapport d'inventaire 3. Rapport de supervision 1. Rapport de monitoring 2. Rapport de supervision	1. La décentralisation est effective 2. Les ressources humaines sont disponibles 3. Les engagements de l'état sont respectés

Description Sommaire	Indicateurs (Objectifs et Résultats)	Sources de Vérification	Suppositions Importantes
Résultats :			
- R1 Les mécanismes de coordination de la DDSP/B sont efficaces	R1.1 75% des activités programmées au niveau de la DDSP/B sont réalisées à la fin de chaque année	Rapport de réunion du comité de pilotage de la DDSP/B	1. Le MSP respecte le chronogramme de la DDS
- R2 Le système de gestion de la DDSP/B est performant	R2.1 : 80% des agents sont performants à leur poste selon les critères d'évaluation R2.2 80% des actuelles communes disposent de CCS conformes d'ici) 2002 R2.3 : 90% des ZS présentent une gestion saine constatée par l'audit de la DDSP	Rapport d'évaluation du personnel PV de réception Rapport d'audit	2. Les ressources humaines sont disponibles 3. La CAME et DSF disposent en permanence des médicaments essentiels sous nom générique (MEG) et des vaccins
- R3 Le système de suivi/évaluation est performant	R3.1 100% des réunions semestrielles prévues avec les ZS pendant lesquelles les décisions sont prises utilisant les données analysées sur SNIGS, Personnel, Formation et supervisons sont tenues R3.2 100% des décisions prises pendant les réunions semestrielles avec les ZS sont appliquées R3.3 : le programme de suivi/ évaluation est réalisé à 80%	1. Les rapports des réunions semestrielles 2. Les rapports d'activités des supervisions, des EEZS et de la DDSP/B 3. Les rapports des réunions semestrielles Idem Les rapports d'activités des ZS et la DSP/B	
- R4 La qualité de la prise en charge est améliorée au niveau des zones sanitaires	R4.1 : X% d'AS qui prennent en charge les cas selon les normes et standards établis R4.2 Réduction de X% la mortalité infantile par (palu, malnutrition IRA diarrhée)	Rapports de supervision Rapports d'évaluation Rapports d'activités	
- R 5 :Le partenariat avec le privé du secteur santé, la communauté et les autres acteurs du développement, est amélioré	R5.1 50% des privés lucratifs fournissent les rapports d'activités R5.2 100% des formations sanitaires ont amélioré leur taux d'utilisation R5.3 : 100% des accords de partenariat sont mis en œuvre	Rapports d'activités SNIGS Rapports d'activités DDSP/B Rapport d'évaluation des projets programmés	

Activités :	Cadre estimatif détaillé :
<p>1.1: Dynamiser les organes de coordination existants</p> <ul style="list-style-type: none">1.1.1 : Tenir les réunions mensuelles de concertation avec les partenaires1.1.2 : Organiser le CODIR élargi tous les trimestres1.1.3 : Organiser les comités de pilotage des projets et programmes tous les 6 mois1.1.4 : Dynamiser le CDEEP <p>1.2 : Mettre en place un mécanisme de réduction des interférences</p> <ul style="list-style-type: none">1.2.1 : Faire un plaidoyer pour réduire les interférences1.2.2 : Prendre des mesures pour faire respecter les programmations <p>1.3: Renforcer la décentralisation</p> <p>1.4: Harmoniser les programmes des différents niveaux</p> <p><u>Volet gestion du personnel</u></p> <p>2.1 : Recruter le personnel sur poste</p> <p>2.2 : Tenir à jour le fichier du personnel</p> <ul style="list-style-type: none">2.2.1 : Elaborer les critères d'évaluation de la performance des agents2.2.2 : Procéder à l'évaluation périodique des agents2.2.3 : Suivre la carrière des agents <p>2.3 : Procéder à une description des postes</p> <p>2.4 : Former/recycler le personnel en gestion des ressources humaines</p> <p>2.5 : Evaluer périodiquement les besoins en personnel</p> <p>2.6 : Mettre en place un mécanisme d'évaluation des besoins en formation</p> <p>2.7 : Mettre en place un mécanisme d'émulation des agents</p> <p><u>Volet gestion financière</u></p> <p>2.8 : Renforcer les sections de la division financière</p> <ul style="list-style-type: none">2.8.1 : Recruter du personnel qualifié en gestion financière et comptable2.8.2 : Doter la division financière en matériel de gestion2.8.3 : Former/recycler le personnel en gestion financière et comptable2.8.4 : Elaborer et suivre le budget annuel de la DDSP/B <p>2.9 : Superviser de façon trimestrielle les zones sanitaires en gestion financière / comptable/ stock</p> <p>2.10 : Auditer les formations sanitaires en gestion financière / comptable et des stocks</p> <p>2.11 : Faire des contrôles en gestion financière / comptable</p> <p><u>Volet gestion administrative</u></p> <p>2.12 : Vulgariser l'organigramme de la DDSP/B</p>	

2.13 : Doter le secrétariat administratif en personnel qualifié

2.14 : Former/recycler le personnel du SA

2.15 : Doter le SA en matériel de gestion administrative

Volet gestion du temps

2.16 : Elaborer et suivre le chronogramme

Volet gestion matérielle et logistique

2.17 : Réhabiliter les infrastructures suivant les normes

2.17.1 : Identifier les formations sanitaires à réhabiliter

2.18 : Doter les structures sanitaires en matériels médico-techniques

2.18.1 : Vulgariser les normes et standards

2.19 : Assurer la maintenance des infrastructures et des équipements

2.19.1 : Mettre en place l'atelier départemental de maintenance

2.19.2 : Vulgariser le guide d'entretien des infrastructures

2.20 : Mettre en place un système de gestion logistique dans le département

2.20.1 : Vulgariser les textes en matière de gestion des médicaments et des réactifs

3.1 : Revoir les normes du système de suivi/évaluation

3.1.1 : Réviser les indicateurs de suivi/évaluation des activités

3.1.2 : Définir les indicateurs de performance par service de la DDSP/B

3.1.3 : Elaborer le plan de suivi/évaluation

3.2 : Former l'équipe de la DDSP/B en technique de suivi/évaluation

3.3 : Réviser le système de collecte et de traitement des données

3.3.1 : Améliorer la communication

3.3.2 : Renforcer la retro-information

3.3.3 : Former/recycler le personnel de santé à la collecte et aux traitements des données

3.3.4 : Réorganiser la disponibilité des bases de données et la documentation

3.4 : Renforcer le SEPD en personnel qualifié

3.5 : Respecter le chronogramme avec obligation de résultat

3.5.1 : Etablir un chronogramme trimestriel de suivi/évaluation des activités

3.5.2 : Tenir des réunions semestrielles de coordination avec les équipes de zones

3.5.3 : Tenir les réunions mensuelles de coordination entre services DDSP/B

3.6 : Assurer la supervision trimestrielle des activités des zones sanitaires

3.6.1 : Définir le contenu de la supervision pour la zone sanitaire et les formations sanitaires

DDS

<p>4.1 : Assurer la disponibilité en ressources humaines 4.2 : Cordonner les programmes de formation 4.3 : Cordonner les programmes de supervision des différents services 4.4 : Renforcer le plateau technique des formations sanitaires 4.5 : Assurer la disponibilité des ressources financières (crédits délégués aux zones sanitaires)</p> <p><u>SPPS</u></p> <p>4.6 : Renforcer les compétences des agents de santé pour la surveillance et la prise en charge des maladies à potentiel épidémique et des principales maladies endémiques 4.7 : Assurer la disponibilité permanente en médicaments et produits spécifiques (TBC, Lèpre, ONCHO, Ver de Guinée) 4.8 : Assurer l'organisation, le suivi et l'évaluation des programmes IEC/CCC (SMI, Nutrition, MST/SIDA, PF) 4.9 : Superviser les programmes verticaux</p> <p><u>SSF</u></p> <p>4.10 : Organiser et suivre les programmes MMR, SONU, PF, Vaccination 4.11 : Organiser les formations pour les programmes de SMI/SR/PF 4.11.1 : Renforcer la mise en place de la PCIME</p> <p><u>SEPD</u></p> <p>4.12 : Renforcer la capacité d'analyse et d'exploitation des résultats par les EEZS 4.13 : Assurer la disponibilité de la documentation (bibliothèque bleu, matériel didactique) 4.14 : Cordonner les programmes de recherche-action 4.15 : Assurer l'élaboration du plan départemental de formation</p> <p><u>SDPHL</u></p> <p>4.16 : Assurer la disponibilité des médicaments, consommables (réactifs, contraceptifs, vaccins) 4.17 : Renforcer la lutte contre la vente illicite des médicaments 4.18 : Assurer l'augmentation de la couverture en laboratoires d'analyses médicales 4.19 : Vulgariser les textes en matière de gestion des médicaments</p> <p><u>SDTS</u></p> <p>4.20 : Assurer la sécurité transfusionnelle 4.20.1 : Promouvoir le don du sang 4.21 : Assurer l'augmentation de la couverture en banque de sang au niveau des zones sanitaires et postes de transfusion au niveau CSSP</p> <p><u>SIMHA</u></p>	
---	--

4.22 : Assurer la maintenance des infrastructures et des équipements

4.22.1 : Mettre en place le programme de suivi des équipements

4.23 : Assurer l'hygiène et l'assainissement au niveau des structures sanitaires et de la population

4.23.1 : Mettre en place un programme d'IEC en hygiène et assainissement

4.24 : Assurer la référence et la contre référence

4.25 : Encadrer les agents de santé en formation

5.1 : Dynamiser le CDEEP

5.1.1 : Appliquer les résolutions de l'atelier de novembre 99 sur le fonctionnement du CDEEP

5.2 : Informer régulièrement le conseil consultatif des activités sanitaires à mener et en cours

5.3 : Organiser des collectifs semestriels élargis au privé lucratif

5.4 : Former agents de santé et membres des structures communautaires en participation communautaire sur la base des textes réglementaires finalisés et adoptés

5.4.1 : Structures communautaires = COGEC, Association développement, ONG, USPP

5.5 : Associer tous les acteurs du secteur privé aux activités de formation

5.6 : Formaliser les accords de partenariat par des conventions avec le secteur privé non lucratif

5.7 : Renforcer les échanges d'information avec le secteur privé

ANNEX 3

Summary of Zone Planning Process

TABLEAU SYNOPTIQUE DE PLANIFICATION (TSP)

Intitulé du projet : ZONE SANITAIRE TCHAOUROU Pays : Bénin N°du projet :		Durée présumée : Date d'établissement du TSP :	Page
Description sommaire	Indicateurs (Objectifs et Résultats)	Sources de vérification	Supposition importante
Objectifs globaux : Amélioration des conditions socio-sanitaire des populations			
Objectif de développement : La santé des populations est assurée à moindre coût	En décembre 2001 50% des patients sont satisfaits des prestations	Résultats enquêtes	Ressources financières sont disponibles au niveau des populations
Objectif du projet : Bonne accessibilité aux services de santé de qualité	En décembre 2001 le taux de couverture de la population en consultation curative atteints	Résultat monitorage Registre des soins curatifs	
Résultats : R1 : Personnel qualifié disponible A1.1 : Recruter le personnel A1.2 : Former et recycler le personnel A1.2.1 : Former les Gestionnaires, les Infirmiers -Responsables CCS, les Sages-femmes et les Médecins sur la gestion financière Comptable et du	En décembre 2001, 100% de tous les centres de santé disposent de personnel qualifié	Fichier du personnel	

Intitulé du projet : ZONE SANITAIRE TCHAOUROU Pays : Bénin N°du projet :	Durée présumée : Date d'établissement du TSP :	Page	
Description sommaire	Indicateurs (Objectifs et Résultats)	Sources de vérification	Supposition importante
<p>matériel</p> <p>A1.2.2 : Former les infirmiers Responsables CCS, les Médecins, les Sages-femmes, les Secrétaires et les Gestionnaires sur la gestion administrative</p> <p>A1.2.3 : Faire un recyclage sur la nouvelle politique de gestion des médicaments et contraceptifs</p> <p>A1.2.4 : Former les Aides –Soignantes et les Infirmières sur le paquet minimum d'activités de maternité</p> <p>A1.2.5 : Recycler les infirmiers sur la prise en charge correcte des affections courantes (paludisme, affections respiratoires basses, traumatismes, MST, maladies de la peau...) et l'utilisation correcte de l'ordinogramme</p> <p>A1.2.6 : Former tous les agents impliqués dans la vaccination sur la nouvelle politique de gestion PEV.</p>			

Intitulé du projet : ZONE SANITAIRE TCHAOUROU	Durée présumée : Date d'établissement du TSP :	Page	
Description sommaire	Indicateurs (Objectifs et Résultats)	Sources de vérification	Supposition importante
A1.2.7 : Recycler les Médecins, les Infirmiers, et les Sages-Femmes sur la surveillance des maladies à potentiel épidémiques et la gestion des épidémies A1.2.8 : Former et recycler les personnes impliquées sur le SNIGS A1.3 : Assurer la bonne gestion du personnel (voir formation sur gestion administrative)			
R2 : Les médicaments essentiels sont toujours disponibles A2.1 : Assurer la bonne gestion du stock (Inventaire régulier) A2.2 : Faire la commande régulière des médicaments	100% des 20 médicaments les plus utilisés sont toujours disponibles dans tous les centres à partir de janvier 2001.	Fiche de stock	La CAME dispose toujours de tous les médicaments
R3 : Matériels médico-techniques et roulants sont suffisants et fonctionnels A3.1 : Acheter deux (02) ambulance pour la zone sanitaire A3.2 : Equiper tous les centres en matériels médico-techniques performants	Les besoins en matériels médico-technique et roulant sont satisfaits à 75% en décembre 2001	Plateau technique Parc Motos Autos	

Intitulé du projet : ZONE SANITAIRE TCHAOUROU	Durée présumée : Date d'établissement du TSP :	Page	
Pays : Bénin			
N°du projet :			
Description sommaire	Indicateurs (Objectifs et Résultats)	Sources de vérification	Supposition importante
A3.3 : Doter tous les centres de santé de motos A3.4 : Assurer la maintenance et l'entretien des médico-techniques et roulants A3.5 : Acheter un véhicule de supervision pour la zone sanitaire A3.6 : Constituer un stock – réserve de matériels médico-techniques et de pièces de rechange du matériel roulant			
R4 : La coordination des services de santé est bonne A4.1 : Planifier toutes les activités A4.1.1 : Elaborer un plan opérationnel annuel A4.1.2 : Elaborer un chronogramme trimestriel des activités de la zone A4.2 : Organiser des contrôles et suivi des activités A4.2.1 : Elaborer les supports de données de suivi et évaluation A4.2.2 : Faire une supervision trimestrielle intégrée de tous les centres de santé de la zone	En 2001 le programme de supervision est exécuté à 80%	Rapport de supervision Points d'exécution du chronogramme	

Intitulé du projet : ZONE SANITAIRE TCHAOUROU	Durée présumée : Date d'établissement du TSP :	Page	
Description sommaire	Indicateurs (Objectifs et Résultats)	Sources de vérification	Supposition importante
A4.2.2 : Organiser les monitorages semestriels A4.2.3 : Organiser des audits internes A4.3 : Evaluer périodiquement les activités A4.3.1 : Faire une évaluation du plan triennal A4.3.2 : Faire une évaluation du plan opérationnel annuel A4.3.3 : Faire une évaluation du chronogramme trimestriel A4.4 : Rendre performant le système d'information A4.4.1 : Acheter un matériel informatique			
R5 : les patients sont bien accueillis A5.1 : Motiver les agents de santé A5.1.1 : Elaborer les critères d'évaluation de la performance individuelle des agents A5.1.2 : Donner des prix aux agents les plus méritants	Le taux de fréquentation des centres de santé est de 50% en décembre 2001	Les rapports de monitorage	Conditions socio-économiques des agents sont améliorées

Intitulé du projet : ZONE SANITAIRE TCHAOUROU	Durée présumée : Date d'établissement du TSP :	Page	
Description sommaire	Indicateurs (Objectifs et Résultats)	Sources de vérification	Supposition importante
A5.2 : Organiser des séances d'information sur la déontologie			
R6 : La participation des communautés est effective A6.1 : Former les membres COGEC sur leurs rôles en collaboration avec l'UACOGEC A6.2 : Organiser les séances de sensibilisation des populations sur les questions de santé	xx	xx	
R7 : Centres de santé accessibles facilement A7.1 : Construire un CCS à Géro A7.2 : Construire et équiper huit (08) dispensaires isolés dans les villages éloignés et enclavés A7.3 : Rendre fonctionnels toutes les UVS A7.3.1 : Réhabilitation physique des	xx	xx	

Intitulé du projet : ZONE SANITAIRE TCHAOUROU Pays : Bénin N°du projet :	Durée présumée : Date d'établissement du TSP :	Page	
Description sommaire	Indicateurs (Objectifs et Résultats)	Sources de vérification	Supposition importante
UVS A7.3.2 : Equiper les UVS en matériels médico-techniques adéquats A7.3.3 : Former le personnel des UVS sur la prise en charge des cas			
R8 : La référence et la contre référence sont efficacement assurées A8.1 : Installer les RAC dans tous les centres de santé	En décembre 2001, 100% des centres de santé dispose de RAC		

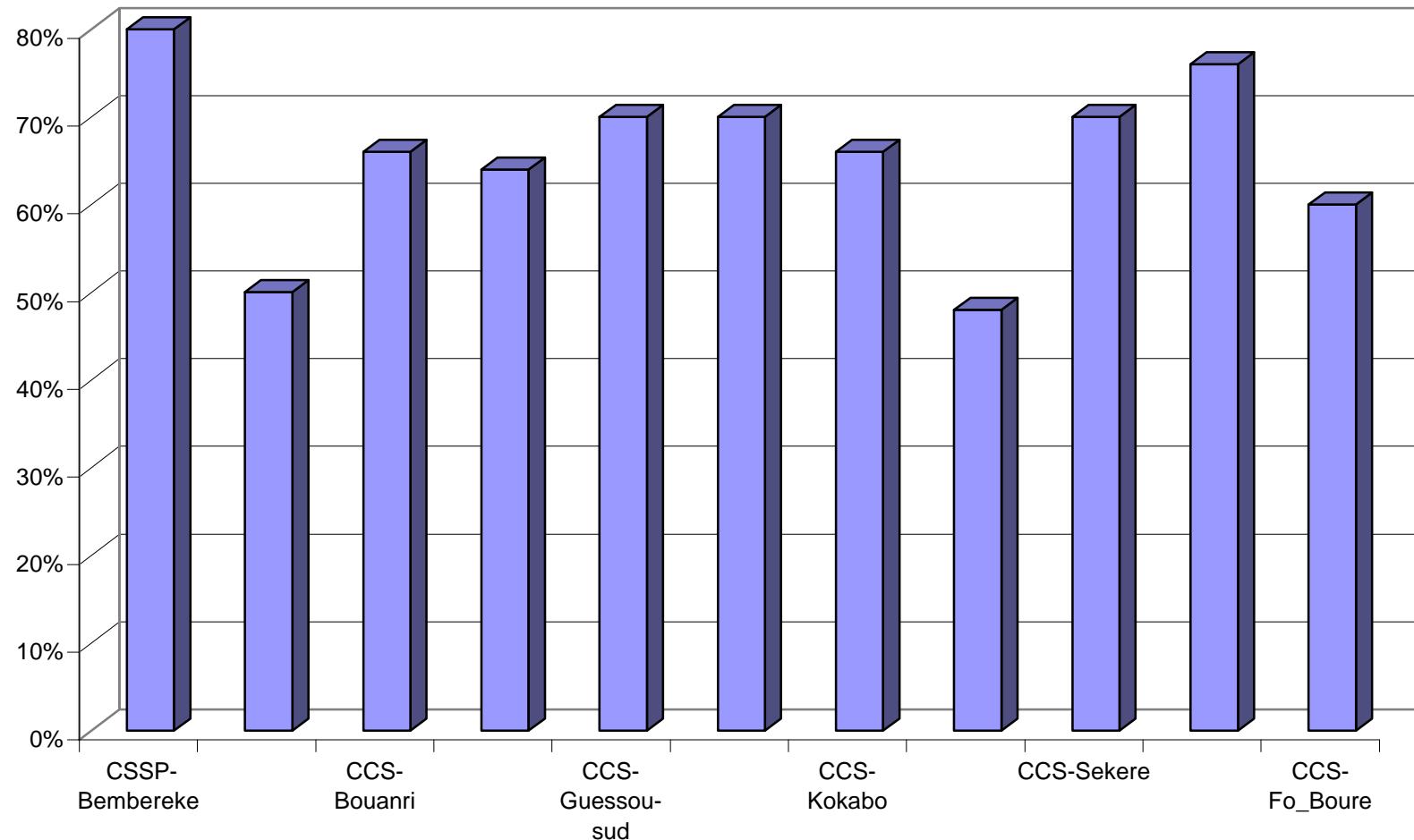
ANNEX 4

First Semester Monitoring Summary

Evaluation des COGEC
Zone Sanitaire de Sinendé/Bembèrèkè

	Nbre de Sensibilisation/ 5	Regularite de Versement des recettes du CS/10	Reception des commandes des medicaments/5	Gestion des Stocks de produits de sante/10	Tenue d'Assemblee Generale/10	Reunion avec Quorum/10	Reunion avec presence d'Agent de Sante/5	Total	Pourcentage
Centre de Sante									
CSSP-Bembereke	5	10	5	5	0	10	5	40	80%
CCS-Beroubouay	0	5	0	5	0	10	5	25	50%
CCS-Bouanri	0	8	5	5	0	10	5	33	66%
CCS-Gamia	4	8	0	5	0	10	5	32	64%
CCS-Guessou-sud	5	10	0	5	0	10	5	35	70%
CCS-Ina	0	10	5	5	0	10	5	35	70%
CCS-Kokabo	0	8	5	5	0	10	5	33	66%
CSSP-Sinende	4	10	0	5	0	0	5	24	48%
CCS-Sekere	5	10	0	5	0	10	5	35	70%
CCS-Sikki	4	9	5	5	0	10	5	38	76%
CCS-Fo_Boure	5	10	5	5	0	0	5	30	60%
TOTAUX	32	98	30	55	0	90	55	360	720%
MOYEN par RUBRIQUE	3	9	3	5	0	8	5	33	65.45%

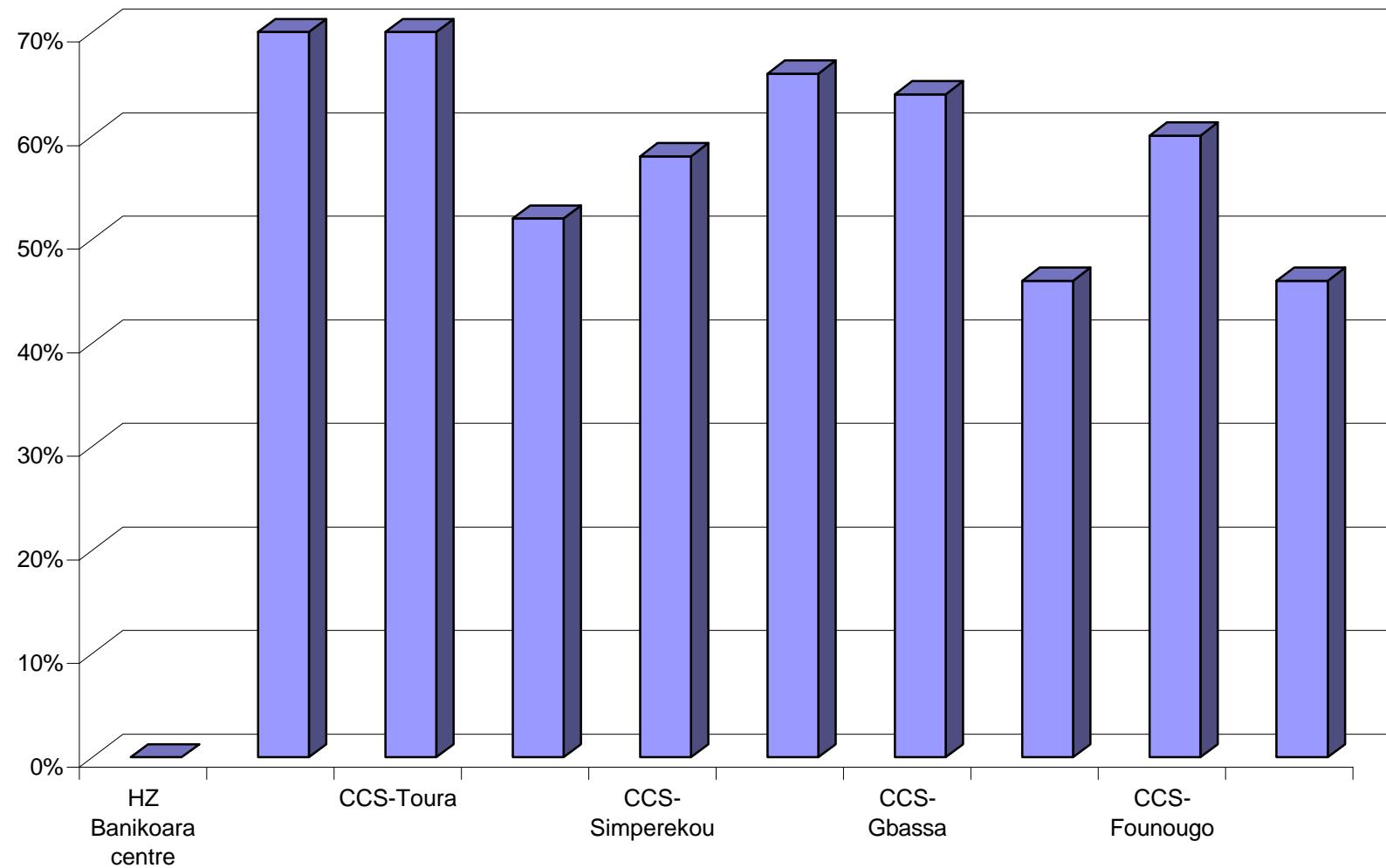
**INDICES DE PERFORMANCE
DES COMITES DE GESTION (COGEC)
DE LA ZONE SANITAIRE SINENDE/BEMBEREKE
Monitorage 1er semestre 2000**



**Evaluation des COGEC
Zone Sanitaire de Banikoara**

Centre de Sante	Nbre de Sensibilisation/5	Regularite de Versement des recettes du CS/10	Reception des commandes des medicaments/5	Gestion des Stocks de produits de sante/10	Tenue d'Assemblee Generale/10	Reunion avec Quorum/10	Reunion avec presence d'Agent de Sante/5	Total	Pourcentage
HZ Banikoara centre	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
CCS-Ounet	5	10	5	0	0	10	5	35	70%
CCS-Toura	5	5	5	5	0	10	5	35	70%
CCS-Gomparou	3	5	0	3	0	10	5	26	52%
CCS-Simperekou	2	5	5	2	0	10	5	29	58%
CCS-Goumori	5	5	5	3	0	10	5	33	66%
CCS-Gbassa	3	5	5	4	0	10	5	32	64%
CCS-Gbeniki	5	5	5	3	0	0	5	23	46%
CCS-Founougo	5	10	5	5	0	0	5	30	60%
CCS-Kokey	5	5	5	3	0	0	5	23	46%
TOTAUX	38	55	40	28	10	60	45	276	552%
MOYEN par RUBRIQUE	3	5	4	3	1	5	4	25	50.18%

INDICE DE PERFORMANCE DES COMITES DE GESTION (COGEC)
DE LA ZONE SANITAIRE DE BANIKOARA
1er semestre 2000



POURCENTAGE DES POINTS DE DISTRIBUTION DES PRODUITS DE SANTE FAMILIALE SANS RUPTURE
Monitorage 1er semestre 2000

Zone Sanitaire	Sous-Prefecture	Centre de Sante	Meds Esss	Contraceptives	SRO
B-S	Bembereke	CSSP de Bembereke	93%	100%	83%
B_S	Bembereke	CCS de Beroubouay	79%	100%	0%
B_S	Bembereke	CCS de Bouanri	95%	0%	0%
B_S	Bembereke	CCS de Gamia	78%	100%	60%
B_S	Bembereke	CCS de Guessou-sud	72%	0%	66%
B_S	Bembereke	CCS d'Ina	70%	83%	66%
B_S	Bembereke	CCS de Kokabo	74%	0%	66%
B_S	Sinende	CSSP de Sinende	98%	100%	33%
B_S	Sinende	CCS de Sekere	100%	83%	66%
B_S	Sinende	CCS de Sikki	96%	33%	100%
B_S	Sinende	CCS de Fo-Boure	88%	100%	100%

ANNEX 5

Logistics Management System Implementation Plan

PLAN DE MISE EN OEUVRE DU SYSTÈME LOGISTIQUE INTEGRÉ DE PRODUITS DE SANTE DANS LE BORGOU ET L'ALIBORI

Problème Identifié / Recommandations / Résultats / Pérennisation	Engagement	Délai	Observations
<p>Problème identifié: <i>Difficulté de transport pour l'approvisionnement en Vaccins qui ont besoin de la chaîne de froid</i></p> <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Budgétiser le carburant dans le processus de budgétisation de 2001.➤ Passer trois commandes de vaccins par an pour un niveau maximum de 7 mois de stock au niveau de la DDSPP/B➤ Mettre à jour les estimations➤ 10➤ Former les agents dans l'estimation des besoins	DDSPP C/Vaccins + Dr Bello DDSPP et partenaires	10/2000 Mai 2000 Continue	Voir plan de formation en annexe

Problème Identifié / Recommandations / Résultats / Pérennisation	Engagement	Délai	Observations
<p>Problème identifié: <i>Approvisionnement en MEG</i></p> <p>Recommandations: <i>Rapprocher les stock des MEG des formations sanitaires du Borgou et de l'Alibori</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Un seul bon de commande CAME en provenance de la DDSPP avec possibilité de commande ferme ➤ Constituer un stock de produits de santé au niveau du DDSPP (solution à court terme) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier le lieu d'emmagasinage du stock départemental ➤ Elaborer un dossier et un budget d'aménagement du magasin départemental ➤ Aménager le magasin ➤ Estimer le stock de démarrage avec une enquête qui puisse déterminer la vraie CMM et les MSD de tous les produits de santé à partir des données de REMECAR et d'inventaire physique ➤ Négocier les termes du contrat avec CAME ➤ Déterminer une marge bénéficiaire à accorder par la CAME pour Couvrir les frais de fonctionnement du dépôt de médicaments à la DDSP (marge <= 5%) ➤ Estimer les besoins annuels en MEG au niveau départemental avec approvisionnement planifié trois fois par an. 	<p>DDSPP CAME plus autres partenaires (PSP,PROSAF, PBA, PADS, UNICEF)</p> <p>DDSP,CAME, SPHL, Union dept., COGES COGEC</p> <p>SPHL/DDSPP</p>	<p>Immédiat</p> <p>30/9/00</p> <p>31 /08/00</p> <p>Juin 2001</p> <p>continue</p>	<p>Stock départemental avec commandes groupées</p> <p>Premier stock officiel de démarrage</p>

Problème Identifié / Recommandations / Résultats / Pérennisation	Engagement	Délai	Observations
<p>Problème identifié: <i>Approvisionnement des Contraceptifs</i></p> <p>Recommandations:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibiliser le donateur ➤ Suivre les commandes par la DSF/FNUAP Cotonou ➤ Appuyer la DSF pour la préparation des prévisions par FPLM ➤ Continuer les transferts/prêts entre l'antenne départementale de l'ABPF et le niveau DDSP 	DSF FPLM	continue	
<p>Problème identifié: <i>Système de Contrôle d'Inventaire</i></p> <p>Recommandation:</p> <p>Mettre en place le système de gestion de produits de santé intégrée avec les paramètres de fonctionnement arrêtés lors de l'atelier de consensus.</p>	DDSPP	Immédiat	Une fois que le stock est disponible au niveau de Parakou les personnes formées en gestion de la logistique par les formateurs départementaux seront en mesure de suivre les paramètres de fonctionnement du système.

Problème Identifié / Recommandations / Résultats / Pérennisation	Engagement	Délai	Observations
<p>Problème identifié: <i>Système d'Information pour la Gestion Logistique</i></p> <p>Recommandation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reproduire et distribuer les outils de gestion logistique (Bon de Commande, Rapport Bimestriel pour les contraceptifs) 	DDSPP (à voir avec les partenaires lors des réunions de coordination)		
<p>Problème identifié: <i>Non-application des procédures de destruction des produits périmés</i></p> <p>Recommendations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autoriser la destruction des produits périmés au niveau local accompagnés d'un procès verbal ➤ Disséminer les procédures et normes de destruction avec un exemple du procès verbal 	DDSPP DDSPP Formateurs		

Problème Identifié / Recommandations / Résultats / Pérennisation	Engagement	Délai	Observations
<p>Problème identifié: <i>Gestion Financière</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>La vente illicite et parallèle des médicaments</i> <p>Recommandations : <i>Réduire au maximum la vente illicite des produits de santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dissocier le rôle du prestataire de santé de celui des financiers (en désignant un circuit pour les clients et un autre pour l'argent) ➤ Elargir la gamme des médicaments inclus sur la liste des MEG ➤ Eviter les ruptures de stock ➤ Insérer les dons de médicaments dans le système de gestion générale ➤ Informer les clients des circuits de vente des médicaments (en leur propre langue) et de leur droit de recevoir un reçu ➤ Sensibiliser les agents et les malades à l'utilisation du reçu/ordonnance aux points de prestation de services ➤ Faire des contrôles réguliers, saisir les stocks illicites, et les rendre inutilisables (les endommager) ➤ Faire un inventaire physique régulier 	EEZ EEZ FS FS FS EEZ EEZ	Continue	
<p>Problème identifié: <i>Gestion Financière</i></p> <p><i>La thésaurisation de l'argent par les comités de gestion à tous les niveaux</i></p> <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ S'assurer de la thésaurisation et si c'est le cas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Doter le CCS d'un plan budgétisé ➤ Créer dépôts répartiteurs pour les zones sanitaires entre autre à partir du financement communautaire <p>Réinvestir dans les Activités Génératrices de Revenu dans un but communautaire</p>	EEZ		

Problème Identifié / Recommandations / Résultats / Pérennisation	Engagement	Délai	Observations
<p>Problème identifié: <i>Le refus de déblocage des fonds pour le réapprovisionnement de certains produits (contraceptifs, moustiquaires)</i></p> <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibiliser les membres du COGEC afin de les convaincre de la nécessité d'avoir certains produits 	EEZ		
<p>Problème identifié: <i>Une marge bénéficiaire trop élevée pour certains MEG</i></p> <p>Recommandation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Former ensemble tous les acteurs (préstataires/COGEC) aux procédures financières et logistiques 	DDSPP Partenaires		
<p>Problème identifié: <i>Personnel impliqué dans la gestion des produits de santé dans le Borgou et l'Alibori ne sont pas formés en gestion logistique des stocks.</i></p> <p>Recommandations:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Voir plan de formation en annexe ➤ Incorporer le plan au niveau du plan des activités programmées par la DDSP ➤ Coordonner le chronogramme avec les autres formations programmées dans le calendrier de formation déjà établi au niveau du département 	DDSPP	15 /06/00	

Problème Identifié / Recommandations / Résultats / Pérennisation	Engagement	Délai	Observations
<p>Problème identifié: <i>Besoin d'avoir des outils de supervision/suivi et évaluation adaptés au système logistique</i></p> <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Développer les outils de supervision du système de gestion logistique des produits de santé dans le Borgou et l'Alibori.➤ Collecter les données pour les indicateurs quantitatifs et indicateurs composites de base	DDSPP DDSP,EEZ	Prochaine supervision	

PLAN DE FORMATION ET SON FINANCEMENT

Justification :

Constat de fréquentes ruptures de stock des produits de santé dans le Borgou et l'Alibori liées à la non maîtrise du système de gestion logistique.

Objectif général :

Améliorer la gestion logistique des produits de santé dans toutes les formations sanitaires du Borgou et de l'Alibori.

Objectifs spécifiques :

Transmettre les compétences nécessaires aux agents, afin qu'ils puissent mieux :

1. Calculer les quantités de produits contraceptifs, médicaments essentiels et vaccins à commander
2. Se servir des supports du système d'information de gestion logistique
3. Réceptionner et stocker les produits dans les normes et les bonnes conditions
4. Assurer la livraison des produits commandés

Profil des participants :

- Médecins (publics et privés)
- Infirmières, sages-femmes des maternités des formations sanitaires publiques et privées, confessionnelles et des ONG intervenant dans la PF et dans la logistique contraceptive
- Infirmiers et infirmières intervenant dans la logistique des médicaments essentiels et des vaccins
- Les agents des recettes du financement communautaires

Durée de la formation : 3 jours / session

Nombre de formateurs : 4 / session

Nombre de participants : 240 Participants

Nombre de sessions : 9

Nombre participants / session: 25

Lieux des formations :

- ◆ Parakou : 3 sessions
- ◆ Kandi : 3 sessions

Tchaourou : 2 sessions

Budget prévisionnel

- ◆ Fournitures des participants : 1500F x 240 = 360 000F
- ◆ Location salle : 10 000F x 3 x 8 = 240 000F
- ◆ Pause café : 500F x 3 x 240 = 360000F
- ◆ Fournitures de bureau : 70 000F / session
- ◆ Motivation des participants : 10 000F
- ◆ Prise en charge des participants : 8 319 000F
- ◆ Prise en charge des formateurs : 1 269 000F
- ◆ Prise en charge supervision : 711 000F
- ◆ Secrétariat : 120 000F
- ◆ Logistique gestionnaire : 345 000F
- ◆ Prise en charge des CVA : 411 000F
- ◆ Transport des participants (carburant) : 1 360 000F
- ◆ Prévoir des supports de gestion des produits contraceptifs, des médicaments essentiels et des vaccins (PROSAF)

Total global : 13 575 000F

Coût / session : 1 696 875F

Coût / participant : 56 563F

CHRONOGRAMME DES FORMATIONS

Sessions	Date période	Lieu	Participants		Responsable ou facilitateur
			<i>Provenance</i>	<i>Nombre</i>	
1	4 ^{ème} semaine (mai)	<u>Parakou</u>	CCS, ONG, CHD/B	25	- Central - DDSP - Equipe d'encadrement
2	1 ^{ère} semaine (juin)	Parakou	CCS, ONG, CHD/B	25	- Central - DDSP - Equipe d'encadrement
3	1 ^{ère} semaine (juillet)	Kandi	CCS, ONG	25	- DDSP - Equipe d'encadrement
4	4 ^{ème} semaine (juillet)	Kandi	CCS, ONG	25	- DDSP - Equipe d'encadrement
5	4 ^{ème} semaine (août)	Kandi	CCS, ONG	25	- DDSP - Equipe d'encadrement
6	1 ^{ère} semaine (juillet)	Tchaourou	<u>CCS, ONG</u>	25	- DDSP - Equipe d'encadrement
7	4 ^{ème} semaine (juillet)	Tchaourou	CCS, ONG	25	- DDSP - Equipe d'encadrement
8	4 ^{ème} semaine (août)	Parakou	CCS, ONG	25	- Central - DDSP - Equipe d'encadrement
9	2 ^{ème} semaine (septembre)	Parakou	CCS, ONG	25	- Central - DDSP - Equipe d'encadrement

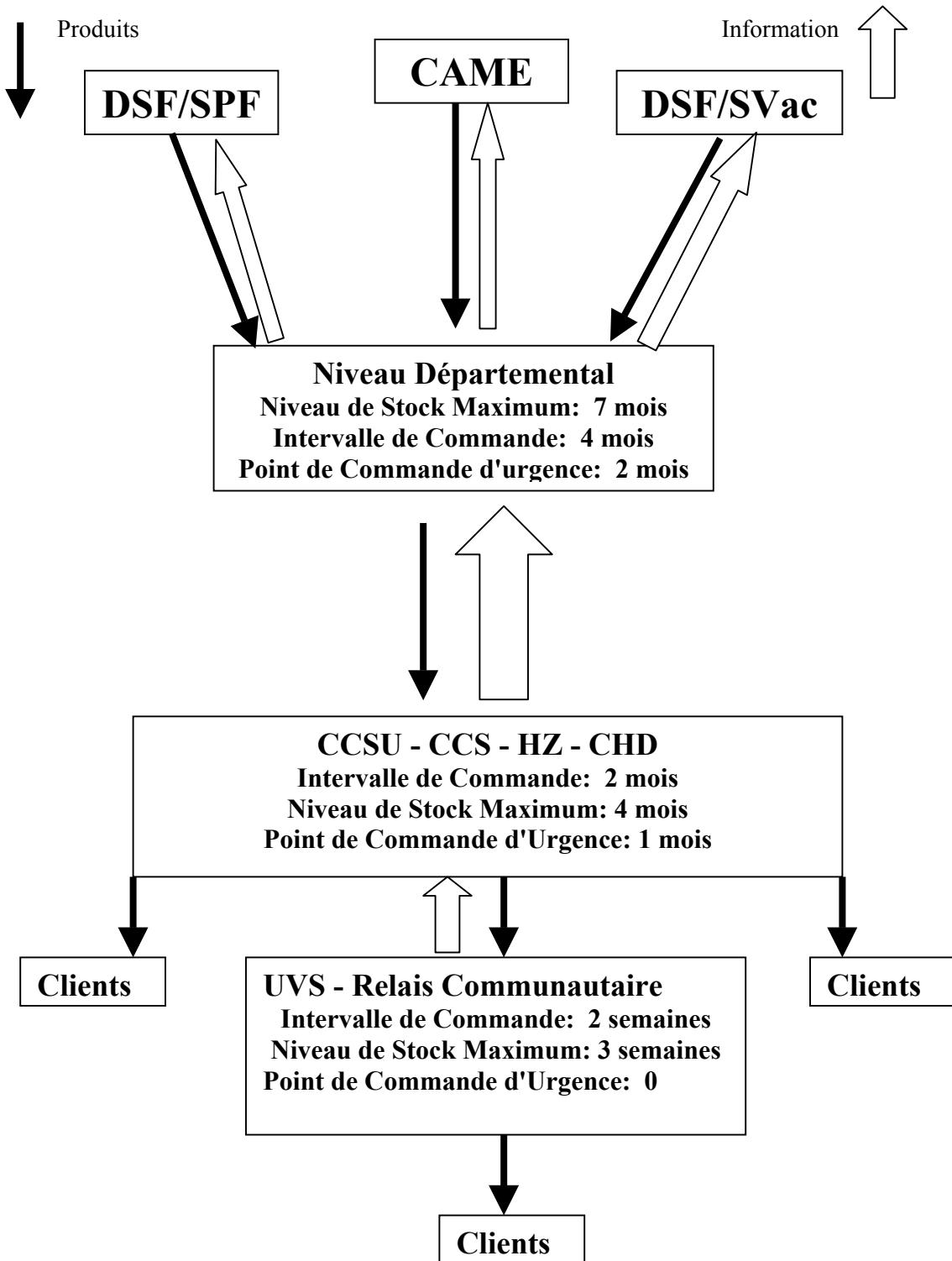
FINANCEMENT

- Financement PSP 10 000 000 CFA
- Financement PROSAF 4 000 000 CFA

ANNEX 6

Logistics Management System Pipeline

**Le Réseau de Distribution
Des Produits de Santé dans le Borgou et l'Alibori**



ANNEX 7

Community-Based Services Model

Modele de Services à Base Communautaire de la DDSP Borgou/PROSAF

Dans le cadre de la mise en œuvre de ses activités, le PROSAF et l'ABPF soutiennent les efforts de la Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP) du Borgou pour le développement d'un programme de Services à Base Communautaire (SBC) dans les Zones Sanitaires de Banikoara et Bembèrèkè-Sinendé. Le présent document a pour objectif de proposer un modèle selon lequel ledit programme sera mis en œuvre.

A partir des expériences menées dans le Borgou, ailleurs au Bénin et dans d'autres pays de la sous région, le modèle ci-dessous présenté se veut systémique et complet, intégrant de façon harmonieuse toutes les questions de formation, supervision, participation communautaire, références et contre références, approvisionnement, motivation, paquet de services, IEC etc.

I. JUSTIFICATION

La mise en œuvre ou le renforcement des Services à Base Communautaires (SBC) dans le cadre du PROSAF trouve son fondement dans le fait que malgré la présence de plusieurs intervenants dans le secteur de la santé, le Borgou a toujours :

- ♦ une forte mortalité infantile (167%) dues principalement au paludisme, aux maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës, la malnutrition et la rougeole ;
- ♦ une forte mortalité maternelle ;
- ♦ un taux de prévalence contraceptive très bas (2%) alors que le niveau national est de (3,4%)
- ♦ une distance assez grande entre les centres de santé et les populations.

Pour cela, la SBC se présente à nous comme une stratégie d'offre de services qui contribuera dans l'esprit de l'Initiative de Bamako (IB) à accroître l'accès à des services de qualité et à faire participer les communautés dans la gestion des questions de santé.

II. OBJECTIF DU PROGRAMME

Le programme de Services à Base Communautaire a pour but de contribuer à l'augmentation de l'accessibilité et de l'utilisation des services intégrés de Santé Familiale au niveau de la communauté. De façon spécifique, ce programme a pour objectifs :

- ♦ aider les communautés de 177 villages administratifs, polarisés autour de 19 Centres Communaux de Santé à développer ou à renforcer leurs Services à Base Communautaire ;
- ♦ développer les capacités d'au moins 50 agents socio sanitaires à former et à superviser les Agents de Services à Base Communautaires (ASBC) ;
- ♦ développer les capacités de tous les ASBC recrutés par les communautés à fournir des services de qualité ;
- ♦ développer les capacités des membres de 19 COGEC, 3 COGES et des Comités Villageois de Santé à gérer les programmes SBC et à générer des revenus pour le soutenir ;
- ♦ fournir des produits et équiper les agents recrutés en matériel IEC, supports de collecte de données... ;
- ♦ augmenter le nombre de clients atteintes par les services communautaires ;
- ♦ accroître le nombre de point de prestation des services de SF ;
- ♦ renforcer les systèmes de gestion des programmes SBC à tous les niveaux.

III. RESULTATS ATTENDUS

Le programme contribuera à la réalisation des résultats de la DDSP Borgou et des Equipes d'Encadrement de Zone (EEZ) concernées. De façon précise, il est attendu de ce programme :

- ◆ La mise en place d'un modèle de SBC durable et efficace ;
- ◆ un accroissement de l'utilisation des services de santé par les groupes mal desservis ;
- ◆ une augmentation du nombre des utilisateurs des Services de Santé de la famille ;
- ◆ un système de référence et de contre référence fonctionnel ;

IV. LE PAQUET DE SERVICES DE SANTE FAMILIALE A BASE COMMUNAUTAIRE

Les services de santé familiale offerts par les ASBC seront essentiellement constitués par :

- ◆ l'information et les conseils en PF et sur les autres composantes de la santé familiale à travers les causeries de groupes et les visites à domicile (VAD) ;
- ◆ la cession des contraceptifs non hormonaux (condom, spermicides) ;
- ◆ l'approvisionnement des anciennes clientes en contraceptifs oraux ;
- ◆ la cession de produits tels que la chloroquine, l'AAS, la moustiquaire imprégnée, le SRO ;
- ◆ l'orientation et références des cas désirant les services non disponibles à son niveau.

En plus des services qu'ils fournissent directement aux communautés, les agents auront d'autres tâches :

- ◆ gérer les médicaments et les contraceptifs ;
- ◆ tenir correctement les outils de gestion et de collecte des informations ;
- ◆ rendre compte régulièrement au CVS et ou au COGEC ;
- ◆ renouveler régulièrement leur stock de produit ;
- ◆ gérer le matériel et les supports IEC mis à leur disposition ;
- ◆ participer aux activités de supervision ;
- ◆ participer aux réunions auxquelles il est invité.

V. FORMATION ET SUPERVISION

La formation qui sera mise en œuvre dans le cadre de la SBC sera cyclique et tiendra compte de deux aspects fondamentaux :

- ◆ l'existence d'une volonté affichée d'œuvrer pour l'émergence d'une véritable expertise locale au sein des EEZ et des équipes de CCS ;
- ◆ le milieu rural dans lequel l'expérience se déroule constitue un contexte spécifique dont il faudrait tenir compte dans les différentes programmation et projection.

Le cycle proposé pour la formation est composé au moins de quatre étapes :

La formation des formateurs. Cette formation sera assurée par les membres des EEZ avec l'appui du PROSAF et de la DDSP. Elle sera l'opportunité pour les formateurs/ superviseurs de procéder eux mêmes à une adaptation des curricula déjà existant à leurs réalités et de renforcer leurs compétences en pédagogie des adultes et en pédagogie paysanne.

La formation des ASBC COGEC CVS se fera par Complexe Communaux de Santé (santé) par une équipe de formateurs/superviseurs composée du Chef de Poste, de la Sage Femme, du C/RAMS de

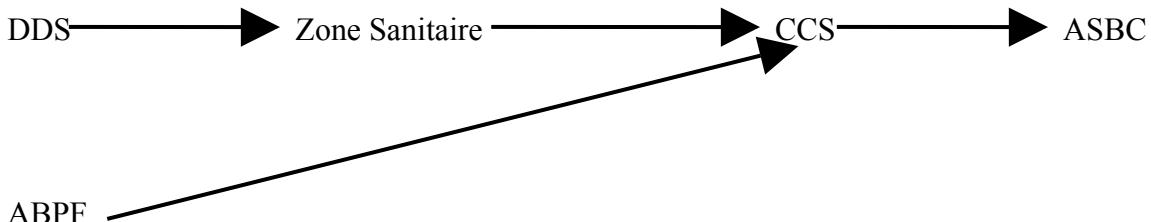
l'Animateur de Zone et du Facilitateur Communautaire. Chacune des cibles recevra une formation spécifique au rôle qu'il devra jouer pour la bonne marche du système. La formation des ASBC spécifiquement se fera en une série de 3 à 4 sessions de courte durée (4 à 5 jours) selon les services que l'on veut introduire dans leur paquet d'activités afin de permettre une meilleure acquisition des compétences. La formation des COGEC et des CVS se déroulera selon les mêmes principes mais ne nécessitera pas autant de temps.

La supervision. Après la formation et le déploiement des ASBC, la supervision commencera immédiatement et devra être considérée comme une prolongation de la formation en salle. Pour les 6 premiers mois au moins, la supervision sera mensuelle avant d'être un peu plus espacée (1 fois par trimestre). La supervision sera une opportunité de collecter des données afin de prendre des décisions au moment du recyclage des agents et de nourrir la réflexion des communautés qui se réuniront régulièrement pour faire une évaluation continue des activités.

Le recyclage. La première session de recyclage est prévue avoir lieu après les six (6) premiers mois d'activités réelles. La supervision aura documenté suffisamment la situation pour qu'on puisse y apporter des corrections. Le recyclage suivra le même principe que la formation initiale à savoir préparation des formateurs, animée par l'EEZ, formation des ASBC par les équipes communales et ainsi de suite.

VI. LE SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT

Le système d'approvisionnement des ASBC sera intégré au système en place au niveau du département. Une fois que le stock initial est offert, les ASBC se réapprovisionneront au niveau de leurs formations sanitaires (CCS) de référence. Les CCS eux mêmes devront s'approvisionner auprès des zones qui elles s'approvisionnent auprès de la DDS. L'on prévoit cependant que l'ABPF en tant que partenaire du PROSAF puisse approvisionner dans les mêmes conditions les CCS en cas de rupture de stock au niveau DDS. Le schémas d'approvisionnement prévu est le suivant :



VII. REFERENCE ET CONTRE REFERENCE

La mise en place du mécanisme de référence prendra en compte uniquement le niveau village vers la commune. Le système existant déjà du niveau commune vers l'hôpital de zone. Le processus se fera selon les étapes suivantes :

- ◆ mise en place d'une carte de référence et de contre référence, l'une reste à la FS et l'autre chez l'ASBC ;
- ◆ formation des ASBC ;
- ◆ expérimentation du mécanisme ;
- ◆ suivi des référés par l'ASBC.

Le nombre de cas référés sera pris comme un indicateur de performance des ASBC qui ne référeront vers les CCS que les cas compliqués de palu, de malnutrition, de méthodes

contraceptives non autorisées et des cas d'effets secondaires suite à une méthode contraceptive et autres.

VIII. LA MOTIVATION

Le mécanisme de motivation qui sera mis en place pour les ASBC et les membres des structures communautaires (COGEC, CVS) , dépendra de chaque communauté. Le programme facilitera les discussions avec chaque communauté afin que le système de motivation soit identifié et ce avant que les agents ne soient recrutés. Le taux des ristournes sur la vente des produits sera négocié avec les communautés et les COGEC en se basant sur des expériences déjà existantes. L'on peut cependant anticiper que les ASBC seront motivés à travers :

- ♦ le système de formation et de supervision ;
- ♦ les ristournes sur la vente des produits ;
- ♦ l'équipement et le matériel reçu ;
- ♦ le financement sous forme de petits crédits de leurs activités génératrices de revenus.

IX. LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Une grande place est faite aux communautés dans tout le processus. Le programme se fait bien l'adage qui dit qu'une activité n'est pas communautaire uniquement par ce qu'elle a lieu en milieu rural mais surtout par ce que les populations prennent réellement part dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation. Pour cela, la démarche de Mobilisation Sociale qui sera mis en œuvre permettra à chaque communauté de discuter et de faire un consensus sur un certain nombre de questions telles que: le profil; le mode de recrutement, le paquet de services, le système de motivation etc.

Chaque ASBC sera lié à sa communauté représentée par son comité villageois de santé à travers une espèce de contrat dans lequel les rôles et les responsabilités de tous sont clairement définis. L'ensemble des comités villageois se réunit à l'échelle de la commune avec le COGEC pour le suivi et l'évaluation périodique des activités.

X. LA COMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Les activités de communication représentent une composante des SBC. Elles accompagnent les autres services. Mieux, concomitamment aux Services à Base Communautaire, des activités de communication seront menées pour soutenir l'action des agents. Les cibles de ces activités seront à déterminer au cours de «l'Enquête CAP» à venir que le PROSAF compte mener. L'on peut cependant anticiper que les cibles seront diversifiés (populations, leaders, COGEC, COGES, ASBC, autorités coutumières, agents de santé etc.) et les stratégies également.

ANNEX 8

CBSA Curriculum Outline

CONTENU DU CURRICULUM DE FORMATION DES AGENTS DE SERVICES A BASE COMMUNAUTAIRE (*premier paquet de services*)

MODULE N° 1 : LES SERVICES A BASE COMMUNAUTAIRE (SBC) ET LES AGENTS DE SERVICES A BASE COMMUNAUTAIRE (ASBC).

THEME N° 1 : LE CONCEPT DES SERVICES A BASE COMMUNAUTAIRE (SBC).

- SEANCE n° 1 : Définition de la SBC.
- SEANCE n° 2 : Pourquoi les SBC ?
- SEANCE n° 3 : Les acteurs des SBC et leurs rôles.

THEME N° 2 : L'AGENT DES SERVICES A BASE COMMUNAUTAIRE (ASBC).

- SEANCE n° 1 : Définition, profil et mode de désignation des Agents des Services à Base Communautaire (ASBC).
- SEANCE n° 2 : Paquet de service et autres tâches.
- SEANCE n° 3 : Sources de motivation.

MODULE N° 2 : L'ANIMATION.

- SEANCE n° 1 : Méthodes d'animation.
- SEANCE n° 2 : Causerie de groupe.
- SEANCE n° 3 : Les différentes étapes de la causerie de groupe.
- SEANCE n° 4 : Les qualités d'un bon animateur de causerie de groupe.
- SEANCE n° 5 : La visite à domicile (VAD).
- SEANCE n° 6 : L'entretien individuel.
- SEANCE n° 7 : La démonstration.

MODULE N° 3 : LE PALUDISME

- SEANCE n° 1 : Qu'est-ce que le paludisme ?
- SEANCE n° 2 : Comment peut-on attraper le paludisme ?
- SEANCE n° 3 : Les signes du paludisme.
- SEANCE n° 4 : La gravité du paludisme chez l'enfant de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes.
- SEANCE n° 5 : Les problèmes socio-économiques liés au paludisme .
- SEANCE n° 6 : Les conduites à suivre devant un corps chaud chez l'enfant.
- SEANCE n° 7 : Quand orienter la mère vers un centre de santé ?
- SEANCE n° 8 : Comment éviter le paludisme ?
- SEANCE n° 9 : Le rôle du RC dans la lutte contre le paludisme.
- SEANCE n° 10 : Animer une causerie de groupe sur le paludisme.

MODULE N° 4 : LA DIARRHEE

- SEANCE n° 1 : Définition de la diarrhée.
- SEANCE n° 2 : Les causes de la diarrhée.
- SEANCE n° 3 : Les dangers qui menacent l'enfant qui fait la diarrhée.

SEANCE n° 4 :	Les signes de déshydratation.
SEANCE n° 5 :	Quand faut-il amener l'enfant au centre de santé ?
SEANCE n° 6 :	Ce que les mères doivent savoir-faire quand l'enfant a la diarrhée.
SEANCE n° 7 :	Comment éviter la diarrhée ?
SEANCE n° 8 :	Comment préparer la SRO ?
SEANCE n° 9 :	Le rôle du RC dans la lutte contre la diarrhée.
SEANCE n°10 :	VAD dans le cadre de la diarrhée.

MODULE N° 5 : LA PLANIFICATION FAMILIALE (PF)

THEME N° 1 : LES AVANTAGES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

SEANCE n° 1 :	La définition de la PF.
SEANCE n° 2 :	Les avantages et obstacles de la PF.
SEANCE n° 3 :	Exercice Pratique : jeux de rôles sur la PF.

THEME N° 2 : LES METHODE CONTRACEPTIVES

SEANCE n° 1 :	Définition et les méthodes de contraception.
SEANCE n° 2 :	Les méthodes que l'ASBC peut prescrire.
SEANCE n° 3 :	Exercice pratique : jeux de rôle et VAD sur les méthodes contraceptives.

MODULE N° 6 : MST/SIDA.

SEANCE n° 1 :	Définition de MST/SIDA.
SEANCE n° 2 :	Les MST les plus fréquentes.
SEANCE n° 3 :	Les signes les plus fréquents des MST.
SEANCE n° 4 :	Les signes du SIDA.
SEANCE n° 5 :	Comment on attrape les MST/SIDA ?
SEANCE n° 6 :	Les dangers des MST et du SIDA
SEANCE n° 7 :	Le rôle de la communauté en face des MST/SIDA et dans la prévention des MST/SIDA .
SEANCE n° 8 :	Le rôle du RC dans la lutte contre le MST/SIDA.
SEANCE n° 9 :	Exercice pratique : la démonstration du port d'un condom.

MODULE N° 7 : LA GESTION DES ACTIVITES DES ASBC.

SEANCE n° 1 :	Le système d'information sanitaire.
SEANCE n° 2 :	Remplissage du rapport d'activités.
SEANCE n° 3 :	La gestion des stocks et des finances.
SEANCE n° 4 :	L'organisation du travail.

ANNEX 9

Supervision Checklist

GRILLE DE SUPERVISION

(FORMAT ET CONTENU ADOPTÉS LORS DE L'ATELIER DE CONSENSUS SUR LE SYSTÈME DE SUPERVISION DE PARAKOU)

Numéro: _____

Zone sanitaire de : _____

commune : _____ sous préfecture de : _____

Formation sanitaire: _____

Nom du médecin coordonateur: _____

Nom , titre et fonction du superviseur: _____

Date : ___ / ___ / ___ Heure d'arrivée: ___ | ___ h ___ | ___ mn Heure de départ : ___ | ___ h ___ | ___ mn

1- SITUATION DU PERSONNEL CIBLÉ PAR LA PRÉSENTE SUPERVISION

Personnel à superviser	Présence	Motif d'absence si absent
- Responsable d'administration et gestion	<input type="checkbox"/>	
- Responsable CC enfants malades	<input type="checkbox"/>	
- Responsable CC primaires Adultes	<input type="checkbox"/>	
- Responsable CC de référence	<input type="checkbox"/>	
- Responsable accouchements	<input type="checkbox"/>	
- Responsable des CPN	<input type="checkbox"/>	
- Responsable des Consultation PF	<input type="checkbox"/>	
- responsable des vaccinations PEV	<input type="checkbox"/>	
- Responsable de l'IEC	<input type="checkbox"/>	
- Responsable de la gestion des stocks	<input type="checkbox"/>	

2- DOMAINES COUVERTS PAR LA PRÉSENTE SUPERVISION

Domaines et activités spécifiques	Domaine supervisé
- Etat des locaux, de l'environnement et matériel	<input type="checkbox"/>
- L'accueil dans le service en la "salle" d'attente	<input type="checkbox"/>
- La CC primaire des enfants	<input type="checkbox"/>
- La CC primaire générale (triage)	<input type="checkbox"/>
- La CC de référence du médecin	<input type="checkbox"/>
- Les accouchements eutociques assistés	<input type="checkbox"/>
- Les séances d'IEC	<input type="checkbox"/>
- Les séances de vaccination dans le cadre du PEV	<input type="checkbox"/>
- Les consultation de planning familial	<input type="checkbox"/>
- La gestion du stock des médicaments	<input type="checkbox"/>

- La gestion du stock de vaccins	<input type="checkbox"/>
- La gestion du stock de contraceptif	<input type="checkbox"/>
° Consultation pré Natale	<input type="checkbox"/>
- Gestion des Finances	<input type="checkbox"/>

3- ETAT DES LOCAUX, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU MATERIEL

Critères d'appréciation	Satisfaisant	Non satisfaisant	Remarques particulières
- Etat des locaux: maintenance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Entretien du centre (ordre, propreté,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Etat du matériel technique			
- Etat du matériel de bureau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMMENTAIRES :			

4- LE CADRE GENERAL DE L'ADMINISTRATION GESTION DU SERVICE

(Observer au moins une activité de coordination, ou de supervision, ou de formation, ou d'évaluation)

Critères d'appréciation	Satisfaisant	Non satisfaisant	Remarques particulières
- Adéquation des horaires d'ouverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Qualité de l'accueil (/ us et coutumes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Confort lieu et place attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Délais d'attente des bénéficiaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Remplissage des fiches ou registres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Affichage des tarifs mis à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Affichage de l'Organigramme du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Respect calendrier des coordinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Organisation et conduite de la coordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Respect du calendrier des supervisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Respect dates des rapports et transmission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Contenu des rapports conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Respect calendrier des formations prévues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Tenue des outils d'administration/gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMMENTAIRES:

5- LA CONSULTATION CURATIVE PRIMAIRE D'ENFANTS MALADES
 (suivre au minimum la consultation d'une dizaine d'enfant malades)

Critères d'appréciation/normes adoptées	Satisfaisant	Non satisfaisant	Remarques particulières
- L'accueil et l'installation conformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- L'interrogatoire de l'accompagnant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- La pesée, la prise de constante T°, Taille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Vérification du statut vaccinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- L'examen des enfants/normes PCIME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- La prescription conforme ordinogrammes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Pertinence autres décisions prises/Référence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Remplissage des fiches ou des registres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Nombre d'enfants consultés par mois			
COMMENTAIRES :			

6- LA CONSULTATION CURATIVE PRIMAIRE , DE REFERENCE .
 (suivre au minimum la consultation d'une dizaine de patients vus par un médecins)

Critères d'appréciation/normes adoptées	Satisfaisant	Non satisfaisant	Remarques particulières
- L'Accueil et installation conformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- L'Interrogatoire (langue, style, attitude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- L'examen clinique conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- La Pertinence des examens para cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Les prescriptions rationnelles, conformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- L'explication de la prescription et de la maladie au patient conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Nombre de patients consultés le mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Tenue des fiches ou registres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMMENTAIRES :

7- L'ACCOUCHEMENT EUTOCIQUE ASSISTÉ (suivre au minimum une dizaine d'accouchements)

* Qualification de l'accoucheuse (eur): 1.Sage femme , 2.Infirme , 3. Matrone formée , 4. Accoucheuse traditionnelle .

Critères d'appréciation/normes adoptées	Satisfaisant	Non satisfaisant	Remarques particulières
- L'accueil et installation conformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Prise des constantes et interrogatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Surveillance déroulement accouchement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- L'examen clinique conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Les examens para cliniques demandés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Pratique délivrance conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Pesée et examen nouveau-né	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Les prescriptions rationnelles, conformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- L'entretien avec patiente/accompagnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Décision prise en cas de dystocie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Maîtrise techniques calcul des indicateurs			
- Nombre accouchements mois/attendus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Tenue des fiches ou registres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMMENTAIRES :

8. CONSULTATION PRE NATALE

(suivre au minimum une dizaine consultations)

* Qualification de l'accoucheuse (eur): 1.Sage femme , 2.Infirme , 3. Matrone formée , 4. Accoucheuse traditionnelle .

Critères d'appréciation /normes adoptées	Satisfaisant	Non satisfaisant	Remarques particulières
- L'accueil et installation conformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Prise des constantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Interrogatoire (symptômes et antécédents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- L'examen clinique général conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Examen obstétrical conforme selon l'âge de la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Recherche des facteurs de risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Examen para clinique demandes conformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Les prescriptions rationnelles, conformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Counseling conforme aux indications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Décision prise selon situation conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Tenue des fiches ou registres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMMENTAIRES :

8- LES SEANCES D'IEC

(Assister au moins à une séance à chaque supervision depuis son organisation jusqu'à son exécution)

Critères d'appréciation/normes adoptées(fréquence≥ 60%)	Satisfaisant	Non satisfaisant	Remarques particulières
- La préparation de la séance conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Accueil des participants et installation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Pertinence du ou des thème(s) du jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Le nombre de participantes à la séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Participation active des bénéficiaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Maîtrise du thème par l'animateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Durée de la causerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Démonstrations effectuées appropriées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Adéquation des supports utilisés (boites à images, téléviseurs, affiches.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Etat des supports d'IEC utilisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Technique d'utilisation des supports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Tenue des fiches ou registres IEC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMMENTAIRES :

9- LES SEANCES DE VACCINATION DANS LE CADRE DU P.E.V.

(Assister au moins à une séance à chaque supervision depuis son organisation jusqu'à son exécution)

Critères d'appréciation/normes adoptées(fréquence≥ 60%)	Satisfaisant	Non satisfaisant	Remarques particulières
- La préparation de la séance conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Accueil des accompagnants / installation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Système mis en place pour respect ordre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Le nombre de participantes à la séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Information avant démarrage effectuée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Disposition des vaccins et autre matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Dispositions pour maintient chaîne froid			
- Maîtrise des techniques vaccinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Explication effets 2aires et prochain RV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Démonstrations effectuées appropriées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Adéquation des supports utilisés (boites à images, téléviseurs, affiches.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Etat des supports d'IEC utilisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Technique d'utilisation des supports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Tenue des fiches ou registres IEC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMMENTAIRES :			

10- LA CONSULTATION DE PLANNING FAMILIAL

(suivre au minimum la consultation d'une dizaine de clientes)

Critères d'appréciation/normes adoptées	Satisfaisant	Non satisfaisant	Remarques particulières
- La préparation des consultations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Accueil des clientes / installation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Système mis en place pour respect ordre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- L'interrogatoire des clientes conformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Prises des constatantes (Poids, TA.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Examen physique approprié/normes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Discussion du choix de la méthode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Dispensation de la méthode choisie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Counselling sur méthode et RV fixé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Nombre de clientes reçues le mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Prévalence contraceptive dans zone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Tenue des fiches et registres suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMMENTAIRES :

GESTION DES STOCK DES MEDICAMENTS ET PRODUITS ESSENTIELS

11-GESTION DU STOCK DES MEDICAMENTS et CONTRACEPTIFS

Critères d'appréciation/normes adoptées	Satisfaisant	Non satisfaisant	Remarques
- Respects des critères de stockage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Quantité distribuée par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Tenue des fiches ou registres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Fréquence des ruptures de stocks/nomes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMMENTAIRES :

12- LA GESTION DES DONNEES STATISTIQUES

Critères d'appréciation/normes adoptées	Satisfaisant	Non satisfaisant	Remarques
- Compilation journalière des données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Détermination population totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Population cible des programmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Technique de calcul des indicateurs conformes aux priorités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Analyse et Interprétation des indicateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Utilisation des indicateurs calculés pour la prise de décision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMMENTAIRES :

13- LA GESTION DU STOCK DES VACCINS

Critères d'appréciation/normes adoptées	Satisfaisant	Non satisfaisant	Remarques

- Respects des critères d'éligibilité pour l'aliment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Quantité distribuée (1 kg/semaine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Tenue des fiches et registres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Conditions de stockage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Qualité de l'aliment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMMENTAIRES :			

13- LA GESTION DES FINANCES

Critères d'appréciation/normes adoptées	Satisfaisant	Non satisfaisant	Remarques
- Tenue des supports de gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Procédures de collecte et de gestion des recettes conformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Procédures d'exécution des dépenses conformes aux normes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Conditions de stockage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Mécanisme d'analyse de la viabilité de la structure conforme aux normes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMMENTAIRES :			

14- SEANCE DE TRAVAIL AVEC L'EQUIPE DU SERVICE VISITE

14.1 PROBLÈMES SOULEVÉS LORS DE LA SUPERVISION PRÉCÉDENTE

Problèmes non résolus	Solutions apportées aux problèmes qui ont été identifiés

COMMENTAIRES :	

14.2 RÉCAPITULATIF DES PROBLÈMES ET SOLUTIONS CONCERNANT LA PRÉSENTE SUPERVISION

Problèmes mis en évidence par :	Solutions adoptées	à reconstruire
1. LE SUPERVISÉ LUI MEME		
		<input type="checkbox"/>

		<input type="checkbox"/>
2. Le SUPERVISEUR		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
COMMENTAIRES :		

Le superviseur _____

ANNEX 10

In-Service Training Database Outline

Base de données pour le suivi des formations

1. Objectifs de la base : répertorier les agents de santé ayant subi des formations en vue de suivre leurs performances sur le terrain

2. Données à mettre dans la base de données

- titre de la formation
- nom et prénom
- fonction
- résidence
- score au questionnaire préalable
- score au questionnaire à mi-stage
- score au questionnaire final
- suivi /supervision

3. Utilisateurs de la base de données

- DDSP-B-A
- comité chargé de la formation
- SEPD
- PROSAF

4. Appréciations

- suivi du plan d'application des compétences acquises
- appréciation sur la performance
- appréciation du degré d'intégration avec les autres services
- appréciation du degré d'amélioration de la qualité

5. Procédures

- Les formateurs après chaque formation remettront les informations collectées au comité chargé de la formation (SEPD) qui se chargera de la mise à jour régulière et de la distribution à tous les partenaires (EEZS, PROSAF, PADS, PBA / SSP) intéressés par les données.
- Il en sera de même pour les données des suivis /supervisions.
Les suivis se feront tous les trois mois après la formation et puis six mois après. Quant aux supervisions, elles seront mensuelles ou trimestrielles, dépendant du niveau.

ANNEX 11

National IEC Strategy Outline

Politique et stratégies nationales de communication pour le développement sanitaire (République du Bénin)

Plan

Préface

Introduction

1- Contexte et justification

2- Cadre conceptuel

3- But, objectifs et résultats attendus

4- Principes opérationnels

- Intégration
- Ascendance
- Décentralisation
- Pérennisation
- Coordination

5- Approches communicationnelles

- Approche multimédia
- Campagnes d'Information et de Sensibilisation
- Plaidoyer
- Mobilisation Sociale
- Communication interpersonnelle
- Marketing social
- Média populaire et traditionnel

6- Axes stratégiques

- Participation communautaire
- Collaboration intra et intersectorielle
- Partenariat/Alliances/Réseaux
- Renforcement des capacités et compétences des prestataires
- Etudes/Recherche/Evaluation
- Production (Pré et post-test)
- Communication en direction des jeunes
- Communication en direction des mères et gardiennes d'enfants
- Communication en direction des personnes du troisième age
- Le programme de marketing social

7- Place et rôles des acteurs

- Organisations communautaires
- Groupes cibles
- ONG, Société Civile et Associations
- Les organisations confessionnelles
- Programmes et Projets de santé
- Les Autres Ministères et autres Institutions étatiques
- Partenaires au Développement

8- Cadre et mécanismes de mise en œuvre

8.1 Cadre de mise en œuvre

- Composition
- Rôles et Attributions

8.2 Mécanisme de mise en œuvre

- Conception
- Coordination
- Suivi/supervision/monitoring
- Evaluation
- Financement des interventions

9- Plan de mise en œuvre (2001-2004)

Conclusion

ANNEX 12

Summary of PMP Indicators and Results for 2000

EVALUATION ANNUELLE DES RESULTATS (2000)

PROSAF

Contract No 680-C-00-99-00065-00

Evaluation de performance annuelle: objectifs et résultats

VOLET 1: Amélioration de la Planification et Coordination à Tous les Niveaux					TOTAL ANNUEL	Observations sur les indicateurs et la collecte de données
No.	INDICATEUR	SOURCE	DONNEES DE BASE 1999	OBJECTIF 2000		
8	Score des zones sanitaires en planification	SEPD/ DDSP EEZS Rapports du Comité de santé 1 fois/an	40		54	Le score de 2000 est encore moyen car deux zones sanitaires ne sont pas tout à fait opérationnelles.
9	Performance des EEZS	Rapports d'activités des EEZS EEZS Bureau de zone 1 fois/trimestre	0		26	Le score de 2000 est encore faible car (1) deux ZS ne sont pas tout à fait opérationnelles et (2) la carte sanitaire et la supervision formative (deux critères de performance) ne sont pas remplis par toutes les ZS.

VOLET 2: Amélioration de l'Accès aux Services et Produits de SF/SMI/MST/VIH					TOTAL ANNUEL	Observations sur les indicateurs et la collecte de données
No.	INDICATEURS	SOURCE	DONNEES DE BASE 1999	OBJECTIF 2000		
4	Taux de vaccination complète	CAP (PROSAF) (2000, 2002) Mini CAP (PROSAF) (2001, 2003)	40.6 (1996 EDS)		37	Les données 2000 sont basés sur le CAP. Seulement les carnets de vaccination des enfants sont comptés, tandis que l'EDS prend aussi en compte les informations données par la mère.
11	Score de gestion de la logistique des produits de santé familiale	SDPHL SSF /DDSP Médecins-coord.de zones sanitaires 1 fois/an			Performance: 33.6 Pérennisation: 58.2	Ce score est calculé pour le niveau départemental. La Performance pour le niveau départemental est à l'intérieur de l'intervalle de Performance des Sous-Préfectures (14.4-57,7). Par contre, le score de Pérennisation du niveau départemental est plus faible que ceux des Sous-Préfectures (63.7-92,7).
12	Indice de rupture de stock en produits de santé familiale	SNIGS (REMECAR) Rapports de supervision Rapports d'activités des points de distribution 1 fois/trimestre	45	50	13.8	Pour 2000 cet indicateur a été calculé à partir de données du 4ème trimestre de tous les 94 CS publics, alors qu'en 1999 le calcul a été fait à partir d'un échantillon raisonné de 42 CS. Le phénomène des ruptures de stock semble s'être aggravé. Les changements positives seront visibles en 2001 quand la formation est complète et quand le dépôt départemental est en place.
13	Prévalence des services intégrés de santé familiale	SNIGS Rapports d'activité PROSAF 1 fois/trimestre	11.9	27	24	Des données étaient collectées pour tous les 94 centres de santé et deux centres privés (APBF et OSV Jordan). Les données de 1999 étaient basées sur les informations de 44 centres de santé et les deux centres privés. La situation s'est améliorée à cause de la sensibilisation permanente des agents de santé à la nécessité d'offrir des services intégrées 5 jours sur 7.
14	Distribution et services à base communautaire	Rapports d'activité des ASBC Rapports d'activité des COGEC Rapports d'activité des CCS 1 fois/trimestre			PD	Les ASBC ont été formés et installés dans le dernier trimestre 2000. Ils attendent leur "kit" pour démarrer leurs activités.
15	Visite à domicile par les ASBC	Mini CAP (PROSAF) tous les 2 ans (2001, 2003)			PD	Les ASBC ont été formés et installés dans le dernier trimestre 2000. Ils attendent leur "kit" pour démarrer leurs activités.

VOLET 3: Amélioration des Capacités des Agents de Santé à Offrir des Soins et des Services de Qualité					TOTAL ANNUEL	Observations sur les indicateurs et la collecte de données
No.	INDICATEURS	SOURCE	DONNEES DE BASE 1999	OBJECTIF 2000		
16	Indice de performance du système de supervision	EQGSS bi-annuel (1999, 2001, 2003) Rapports de supervision (EEZS) 1 fois/trimestre	Borgou: 6.7		PD	La performance pour 2000 a été calculé à partir des données du 4ème trimestre 2000 des 94 CS publics. On note une légère amélioration par rapport à 1999 liée à la sensibilisation permanente des EEZS sur la nécessité d'une supervision formative surtout dans les zones de concentration
17	Indice de performance des agents de santé	EQGSS bi-annuel (1999, 2001, 2003) Fiche d'étude documentaire	0		PD	
18	Indice de performance des agents de santé en PCIME	Rapports de supervision (EEZS) 1 fois/trimestre	0		PD	
19	Indice de performance des agents de santé en PF	Rapports de supervision (EEZS) 1 fois/trimestre	0		PD	
20	Indice de performance des agents de santé en CPN	Rapports de supervision (EEZS) 1 fois/trimestre	0		PD	
21	Indice de performance de l'équipe de santé en Assurance Qualité	Rapports d'activités Rapports de supervision SNIQS 1 fois/trimestre	0		PD	Les équipes AQ viennent d'être constitué et il n'y a pas encore des données sur leur performance.

VOLET 4: Augmentation de la Demande et de l'Utilisation des Services et Produits de SF/SMI/MST/VIH/SIDA et Mesures Preventives					TOTAL ANNUEL	Observations sur les indicateurs et la collecte de données
No.	INDICATEURS	SOURCE	DONNEES DE BASE 1999	OBJECTIF 2000		
1	Prévalence contraceptive pour les méthodes modernes	EDS CAP (2000, 2002)			8.7	
2	Couple- année protection	SNIGS (REMECAR, fiches de stock) Rapports ABPF, PSI, OSV-Jordan Autres: pharmacies privées, hôpitaux 1 fois/an	6 257		15 089	L'augmentation du CYP est due principalement à une meilleure collecte des données. Le calcul pour 2000 a inclus certains formations sanitaires et méthodes (telles que le Norplant et les ligatures des trompes) qui n'ont pas été inclus dans le calcul pour 1999. En utilisant les mêmes sources de données que 1999, le CYP 2000 est 7 213.
3	Prévalence de l'allaitement maternel exclusif	CAP (2000, 2002)	19 (1996 EDS)		52	
5	Taux d'utilisation de la Thérapie de Réhydratation Orale (TRO)	CAP (2000, 2002) Mini-CAP (2001, 2003)	29.3 (1996 EDS)		15.4	Analysé par composantes individuels (lait maternel, liquide, nourriture) les chiffres sont plus élevés.
6	Traitement à domicile / Recours aux soins en cas de fièvre (Paludisme)	CAP (2000, 2002) Mini-CAP (2001, 2003)	ND		48.5	
22	Connaissance des méthodes modernes de planning familial	CAP (2000, 2002) Mini-CAP (2001, 2003)	4.9 (1996 EDS)		6	
23	Connaissance du moment où il faut rechercher les soins en cas de IRA	CAP (2000, 2002) Mini-CAP (2001, 2003)			65.5	
24	Connaissance de la prévention de la diarrhée de l'enfant	CAP (2000, 2002) Mini-CAP (2001, 2003)			69	
25	Connaissance des symptômes de MST	CAP (2000, 2002) Mini-CAP (2001, 2003)			Femmes: 6 Hommes: 23	
26	Connaissance des méthodes pour réduire le risque d'infection au VIH	CAP (2000, 2002) Mini-CAP (2001, 2003)	51.8 (1996 EDS)		60	
27	Connaissance de la prévention du Paludisme	CAP (2000, 2002) Mini-CAP (2001, 2003)			55	
28	Accès au message en santé	CAP (2000, 2002) Mini-CAP (2001, 2003)			Femmes: 44.7 Hommes: 62.3	

VOLET 5: Participation Communautaire					TOTAL ANNUEL	Observations sur les indicateurs et la collecte de données
No.	INDICATEURS	SOURCE	DONNEES DE BASE 1999	OBJECTIF 2000		
7	Indice de performance des COGEC	Rapports d'activités des COGEC EEZ CCS 1 fois/trimestre	29		70	Il s'agit de la performance des COGEC dans les deux zones de concentration de PROSAF pour le dernier trimestre 2000.
10	Indice de performance des CVS (Comité Villageois de Santé)	Rapports d'activités des CVS COGEC 1 fois/trimestre	0		0	

ASBC: Agent de Santé à Base Communautaire

CAP: Enquête de Connaissances, Attitudes et Pratiques

CCS: Complexe Communale de Santé

COGEC: Comité de Gestion de la Commune

DDSP: Direction Départementale de Santé Publique

EEZS: Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire

EQGSS: Evaluation de la Qualité de Gestion du Système Sanitaire

PD: Pas de données

SDPHL: Service Départemental des Pharmacies et Laboratoires

SEPD: Service des Etudes, Planification et Documentation

SNIGS: Système National d'Information sur la Gestion Sanitaire

SSF: Service de Santé Familiale